

**UNIVERSIDAD DEL NORTE SANTO TOMAS DE AQUINO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**LICENCIATURA EN NUTRICION**



**Tesis de Licenciatura**

**PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN  
COMPLEMENTARIA Y BABY-LED WEANING  
EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE EDAD**



**Alumna: Cardoso Verónica**

**Director: Dr. Recupero Guillermo**

**Asesor metodológico: Lic. Montoya, Karina**

## ÍNDICE

Agradecimientos.....	5
Resumen .....	6
Capítulo 1 .....	8
1. Introducción.....	8
1.1. Antecedentes .....	11
1.2. Problema de investigación .....	17
1.2.1. Objetivo general .....	17
1.2.2. Objetivos específicos.....	17
1.2.3. Preguntas de investigación .....	17
Capítulo 2 .....	20
2. Marco teórico.....	20
2.1. Períodos de la alimentación .....	20
2.2. Alimentación Complementaria.....	21
2.3. Finalidad de la Alimentación Complementaria .....	21
2.4. Inicio de la Alimentación Complementaria.....	23
2.5. Recomendaciones según la OMS para practicar una Alimentación Complementaria correcta .....	25
2.6. Edad de inicio de la Alimentación Complementaria .....	25
2.7. Alimentación Complementaria y Alimentos No Recomendados.....	26
2.8. Métodos de Alimentación Complementaria .....	28



---

2.9. Método Baby-led Weaning .....	28
2.10. Consideraciones a la hora de aplicar el BLW .....	30
2.11. Principios del BLW .....	33
2.12. Pautas para la aplicación del BLW .....	34
2.13. Beneficios del Baby-led Weaning.....	36
2.14. Desventajas del Baby-led Weaning.....	37
Capítulo 3.....	40
3.1. Materiales y Métodos .....	40
3.1.1. Tipo de Estudio.....	40
3.1.2. Hipótesis.....	40
3.1.3. Diseño de Investigación .....	43
3.1.4. Población.....	43
3.1.5. Muestra .....	44
3.1.6. Técnica de muestreo .....	44
3.1.7. Consideraciones éticas .....	44
3.1.8. Recolección de Datos.....	44
Capítulo 4 .....	47
4. Resultados .....	47
4.1. Características de los encuestados.....	47
4.2. Edad de inicio de la introducción de alimentos.....	48
4.3. Método de introducción de los alimentos .....	48



---

4.4. Ingesta de alimentos no recomendados.....	48
4.5. Grupo de alimentos elegido para el inicio de la alimentación.....	55
4.6. Conocimiento sobre el Baby-led weaning .....	55
4.7 Comprobación de hipótesis .....	59
Capítulo 5.....	65
5.1. Discusión.....	65
Capítulo 6.....	70
6. Conclusión.....	70
Capítulo 7.....	73
7. Proyecciones.....	73
Anexos .....	75
Anexo 1- Consentimiento informado .....	75
Anexo 2 - Cuestionario.....	76
Bibliografía .....	79

## AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios por haberme permitido llegar hasta esta etapa en mi vida, por acompañarme en cada momento, por brindarme esta oportunidad y no permitir que baje los brazos.

Al Dr. Guillermo Recupero, mi director de tesis, por haber confiado en mí, brindarme todo su conocimiento y guiarme en esta etapa de mi carrera.

A mi esposo por estar siempre junto a mí y apoyarme durante todos los años de mi carrera.

A mis familiares por su apoyo y cariño.

A mis queridas compañeras y amigas de la facultad por su apoyo y aliento constante que no dejaron que me diera por vencida, especialmente a Julia Gallardo que siempre estuvo cuando la necesite.

## RESUMEN

**Introducción:** la introducción de nuevos alimentos, durante la alimentación complementaria, siempre ha sido motivo de diversas controversias y ha generado su debate debido a la diversidad de criterios y a las diferencias entre grupos étnicos y culturas de la población mundial. Nos encontramos con dos tipos de métodos; el tradicional y el método denominado destete dirigido por el bebé o baby-led weaning (BLW) en inglés.

**Objetivo:** conocer los patrones de alimentación y baby-led weaning (destete dirigido por el bebé) en niños menores de un año de edad que concurren a la consulta pediátrica.

**Metodología:** estudio descriptivo, no experimental de corte transversal. 60 madres y niños menores de un año de edad que asisten al CAPS Lastenia durante el mes de Septiembre de 2018.

**Resultados:** se entrevistaron 60 madres de niños menores de un año de edad. La edad promedio de las madres fue de 26.3 años  $\pm$ 3.9 DS, estas se caracterizaron por un nivel socioeconómico bajo, en su gran mayoría amas de casa y contar solo con estudios primarios y/o secundarios completos. La edad promedio de los niños fue de 9.13 meses  $\pm$ 1.29 DS. 43% fueron de sexo femenino y 57% masculino. La edad de inicio de la alimentación complementaria fue oportuna para el 52%, temprana 25%, tardía 20% y muy temprana 3%. El método elegido para su inicio fue el tradicional (100%). La ingesta de alimentos no recomendados fue elevada para el 67%, nula 20%, moderada 7% y baja 5%. El grupo de alimentos elegidos para el inicio de la alimentación fueron las frutas y verduras para el 85%, lácteos 10% y carne 5%. El nivel de conocimiento sobre el BLW fue bajo para el 82% y nulo para el 18%.

**Conclusión:** si bien la edad de inicio de la alimentación complementaria es oportuna, resulta preocupante la ingesta de alimentos no recomendados por parte de los niños participantes del estudio. Esta situación demuestra la necesidad de la intervención nutricional en madres, de niños de la edad consultada, con el fin de brindar educación alimentaria y fomentar el desarrollo de una alimentación saludable desde el inicio de la alimentación complementaria.



# CAPÍTULO 1

---

## CAPÍTULO 1

### 1. INTRODUCCIÓN

La Sociedad Argentina de Pediatría (SAP, 2001) señala que la lactancia es un proceso vital mediante el cual la madre provee un tejido vivo que opera en un amplio espectro de interacciones, no sólo nutricionales, sobre la diada madre-hijo en respuesta a las demandas nutricionales, inmunológicas y emocionales específicas del recién nacido.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) recomienda que la misma sea exclusiva hasta los seis meses de edad. Definiendo a la alimentación complementaria como el proceso que comienza cuando la leche materna sola (exclusiva) ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios además de la leche materna. El rango de edad óptimo para dar alimentación complementaria está habitualmente entre los 6 y 24 meses de edad, si bien la lactancia materna puede continuar hasta después de los dos años.

La introducción de nuevos alimentos, durante la alimentación complementaria, siempre ha sido motivo de diversas controversias y ha generado su debate debido a la diversidad de criterios y a las diferencias entre grupos étnicos y culturas de la población mundial. Por ello se hace necesario, en lo referente a este tema, la reunión frecuente de diferentes grupos internacionales dedicados al estudio y manejo de la nutrición en pediatría; dado que las prácticas deficientes de lactancia materna y alimentación complementaria, junto con un índice elevado de enfermedades infecciosas,

representan las principales causas de desnutrición en los primeros dos años de vida (OPS, 2003).

Respecto al método o manera de iniciar la alimentación complementaria, nos encontramos con dos tipos de métodos. El tradicional bajo el cual los niños son alimentados mediante la utilización de una cuchara, a través de la cual se brindan preparaciones bajo las formas de puré o papillas; y el método denominado destete dirigido por el bebé o baby-led weaning en inglés, que supone un enfoque alternativo que implica permitir que los niños se alimenten por sí mismos con alimentos familiares, generalmente en forma de bastones, alentando al bebé a establecer su ritmo e ingesta de la comida. Los defensores de este último método han sugerido que el mismo ofrece una serie de beneficios para los niños, desde un mejor control del apetito hasta una dieta más amplia e incluso el desarrollo de habilidades motoras (Brown, Jones & Rowan, 2017).

A nivel nacional no se disponen de estudios que reflejen datos sobre el método empleado para la alimentación complementaria pero si se dispone de datos en lo referido a la edad de inicio de la alimentación complementaria. Así la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2010), con respecto a la alimentación complementaria, observó que sólo el 29% de los niños tuvo una alimentación complementaria oportuna; más del 70% de los niños incorporó algún alimento antes de los seis meses; e Incluso el 25% lo hizo antes del cuarto mes de vida.

A nivel regional se observaron diferencias; detectándose que el Noreste Argentino fue la región con mayor porcentaje de niños con alimentación

complementaria temprana (ACT). Presentando un 35% de los niños alimentación complementaria muy temprana (ACMT) y por el contrario, en Cuyo sólo un 15% de los niños reportó ACMT (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2010).

En base a lo anterior, este trabajo de investigación abordará las prácticas de alimentación complementaria y baby-led weaning en niños menores de un año de edad. Con la finalidad de conocer la edad de inicio de la alimentación complementaria en los niños estudiados, la presencia del baby-led weaning como método para la introducción de los alimentos, el nivel de conocimiento que poseen las madres sobre este método de alimentación, conocer la ingesta de alimentos no recomendados para la edad en los niños y el grupo de alimentos más elegido para el inicio de la alimentación complementaria.

## 1.1. ANTECEDENTES

La búsqueda de investigaciones relacionadas con la temática en estudio reportó los siguientes resultados:

**Flores EE & Ponhot P (2017) Lactancia materna y alimentación complementaria, situación en una población del área metropolitana de Buenos Aires.**

Introducción: La lactancia materna beneficia el crecimiento por sus características nutricionales e inmunológicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses y continuada hasta los 2 años con una alimentación complementaria (AC) segura y oportuna.

Objetivos: 1. Evaluar el cumplimiento de las recomendaciones de la OMS sobre LME y AC en la población del Hospital Paroissien (HP) de La Matanza. 2. Identificar la edad media de finalización de LME y del inicio de AC. 3. Identificar las principales causas de incumplimiento de las recomendaciones de la OMS sobre LME. Materiales y método: Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. La muestra incluyó 279 Historias Clínicas de Lactancia (HCL) de enero-marzo 2015 realizadas por las Licenciadas en Nutrición. Se excluyeron las HCL de madres primerizas y las incompletas.

Resultados: La edad media de finalización de LME fue de 4,81 meses, la de inicio de AC 6,03 meses y la de destete 15,2 meses. La LME se sostuvo hasta el sexto mes en el 44% de los casos; la incorporación de otra leche (48%), la AC temprana (34%) o ambos (18%) influyeron en su finalización. Las causas más frecuentes de incorporación de biberón son los mitos y la indicación

médica. El 81% de las madres utiliza leche adecuada. El 57% incorporó AC oportunamente. El 23% comenzó tempranamente, y de éstos, 82% lo hizo por iniciativa del cuidador.

Conclusión: Las recomendaciones alimentarias de la OMS tienen una adherencia limitada en la población estudiada. La lactancia materna es abandonada en forma temprana por causas injustificadas. La iniciativa del cuidador y el consejo médico generan la incorporación inoportuna de otras bebidas y de AC. Se reforzarán las intervenciones de promoción de la lactancia desarrolladas actualmente intentando repercutir positivamente en la nutrición infantil de la población asistida.

**Dallazen C, da Silva SA, Gonçalves VSS, Nilson EAF, Crispim SP, Lang RMF, Moreira JD, Tietzmann DC & Vítolo MR (2018) Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconómico.**

El estudio tuvo como fin identificar los factores asociados a la introducción de alimentos no recomendados durante el primer año de vida, entre niños residentes en municipios con un bajo nivel socioeconómico. Se trata de un estudio multicéntrico transversal con 1.567 niños de 12 a 59 meses de edad, residentes en 48 municipios participantes en el plan Brasil Sin Miseria de la región Sur de Brasil. Se aplicó un cuestionario estructurado a los responsables de los niños para la obtención de la información sociodemográfica y la edad en la que los alimentos no recomendados se introdujeron por primera vez en la alimentación complementaria. La prevalencia de introducción del azúcar, antes

de los cuatro meses de edad del niño, fue de un 35,5% (n = 497; IC95%: 33,1-38,0). Las prevalencias de la introducción de galletas dulce/saladas, queso petit suisse y gelatina antes del sexto mes de vida del niño fueron de un 20,4% (n = 287; IC95%: 18,3-22,3), un 24,8% (n = 349; IC95%: 22,4-27,1) y un 13,8% (n = 192; IC95%: 12,0-15,7), respectivamente. Se identificó una asociación entre la menor escolaridad materna (RP = 1,25; IC95%: 1,03-1,51) y la menor renta mensual familiar (RP = 1,22; IC95%: 1,01-1,48), con la introducción de alimentos no recomendados. Se verificó la introducción de alimentos no recomendados durante el primer año de vida entre niños residentes en municipios de alta vulnerabilidad socioeconómica de la región Sur de Brasil, y esta práctica se asoció a una menor escolaridad materna y una menor renta familiar mensual.

### **Rowan H y Harris C (2012) Baby-led weaning and the family diet: A pilot study**

El destete dirigido por el bebé (BLW) es un estilo de introducción de alimentos sólidos que enfatiza la autoalimentación en lugar de la alimentación con cuchara. El propósito de este estudio transversal fue determinar si los padres que usan BLW cambian su ingesta dietética durante el destete, y si a sus bebés se les ofrecen alimentos familiares. Los participantes mantuvieron diarios de dieta al inicio del estudio y tres meses más tarde, implementación post-BLW. Las pruebas de Wilcoxon no revelaron cambios significativos en la ingesta dietética durante los primeros tres meses de destete, sin embargo, los padres ofrecieron a sus hijos el 57% de los mismos alimentos que estaban

consumiendo. Los resultados sugieren que el BLW no conduce a cambios en la dieta entre los padres durante el proceso de destete.

**Macias SM, Rodríguez S & Ronayne de Ferrer PA (2013) Patrón de alimentación e incorporación de alimentos complementarios en lactantes de una población de bajos recursos**

En Argentina existe escasa información sobre las características de la alimentación complementaria. El objetivo del presente trabajo fue determinar la edad de inicio y tipo de alimentos complementarios incorporados en la dieta de lactantes, en una población de escasos recursos socio-económicos. El estudio se realizó en el Hospital Distrital de Forres, Santiago del Estero, utilizando una encuesta estructurada. Las madres en etapa de lactancia fueron interrogadas durante las visitas periódicas de control de sus hijos. Se realizaron 240 encuestas, a los 5, 6 y 7 meses post-parto. La edad promedio de incorporación de alimentos fue 4,4 meses. Los primeros alimentos incorporados fueron: puré (papa y zapallo, con caldo o sopa), sopa (con sémola) y manzana. El 51% de los niños consumía algún tipo de papilla a los 5 meses. A los 7 meses, el 94% consumían papillas y el 62,5% tomaban mamadera. El 40% comía el guiso familiar (verduras, fideos y carne) y el 30%, mate cocido con pan. Se observó incorporación temprana de alimentos con densidad energética y de nutrientes inadecuadas, ingesta precoz de gluten y elevada proporción de consumo de leche de vaca. Esta situación podría afectar el normal desarrollo de los niños de la población estudiada.

**Sánchez Sánchez L; Benítez Arciniega AD (2014) Nivel de conocimientos sobre ablactación que presentan los padres de familia de la estancia CENDI mexiquense.**

La correcta alimentación complementaria es un reto para el Nutriólogo y una oportunidad para la mejora en el desarrollo principalmente de los niños menores de 5 años; se debe tomar en cuenta la necesidad de vigilar los requerimientos nutrimentales que tienen en esta etapa; debido a la transición radical que presenta la dieta del niño. Este tema ha sido controversial para diversos enfoques disciplinarios y países, siendo su comprensión una base indispensable para la Nutrición Pediátrica. Actualmente en México hay malnutrición en menores de 5 años, presentando desnutrición y obesidad. Esta situación es principalmente a causa de la introducción temprana de la alimentación complementaria y el patrón alimentario al que está expuesto el niño al integrarse en la dieta familiar. Así se destaca la importancia de considerar a los niños menores como población vulnerable, por su dependencia al momento de la práctica de la alimentación, la cual generalmente son responsables los padres de familia de los mismos.

Objetivo General: Evaluar el nivel de conocimientos de los padres de Familia de la Estancia CENDI Mexiquense, Toluca, Estado de México acerca de una adecuada ablactación.

Resultado: el 72% de los padres de familia presentó un nivel de conocimientos adecuado y el 28% un nivel de conocimientos escaso.

Conclusión: Con esta investigación se pudo comprobar que existe una relación entre el nivel de conocimientos que tienen los padres de familia acerca de la

---

alimentación complementaria con la práctica, por lo tanto es un factor de riesgo el nivel escaso de conocimientos alimentarios para una inadecuada práctica de alimentación complementaria.

## 1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Conocer los patrones de alimentación y baby-led weaning (deteste dirigido por el bebé) en niños menores de un año de edad que concurren a la consulta pediátrica.

### 1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la edad de inicio de la alimentación complementaria en los niños bajo estudio.
- Valorar la presencia de baby-led weaning como método para la introducción de los alimentos en los niños.
- Conocer la ingesta de alimentos no recomendados para su edad en los niños.
- Conocer el grupo de alimentos más elegido para el inicio de la alimentación complementaria.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre el baby-led weaning que poseen las madres de los niños.

### 1.2.3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿A qué edad iniciaron la alimentación complementaria?

¿Las madres emplean para su alimentación complementaria el método baby-led weaning?

¿Los niños consumen alimentos no recomendados para su edad?

---

¿Cuál es el grupo de alimentos más elegido para iniciar la alimentación complementaria?

¿Las madres conocen este método BLW?



## CAPÍTULO 2

---

## CAPÍTULO 2

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1. PERÍODOS DE LA ALIMENTACIÓN

Durante los primeros años de vida, la alimentación, atraviesa por diferentes etapas hasta llegar a la dieta variada y equilibrada del adulto. De esta manera el Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría (AAP, 1980) ha definido tres etapas en el proceso de la alimentación:

- Período de lactancia: que abarca los primeros 4-6 meses de vida, en los que la alimentación es exclusivamente a base de leche, preferentemente lactancia materna y, en su defecto, fórmula infantil.
- Período transicional: desde los 4-6 meses hasta los 12 meses, durante el cual se puede iniciar la introducción de alimentos diferentes de la leche.
- Período de adulto modificado: que se extiende del primer al segundo año de vida, y en el que la alimentación del niño va adquiriendo progresivamente las características de la dieta libre del resto de la familia.

Actualmente, se enfatiza la importancia de la alimentación desde la gestación hasta el segundo año de vida, como un tiempo crucial para establecer unos hábitos dietéticos saludables, empezando por fomentar la lactancia materna durante, al menos, los primeros 6 meses de vida y, a partir de esta edad, suplementando con la alimentación complementaria, con unas pautas adecuadas en cuanto a variedad, calidad y cantidad de los alimentos y horario para las comidas. Considerándose a este como el mejor período de

intervención nutricional para la prevención de determinadas enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en la edad adulta, tales como: obesidad, diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular y enfermedad cerebrovascular, etc. (Perdomo Giraldi y De Miguel Durán, 2015).

## 2.2. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La Sociedad Argentina de Nutrición considera a la alimentación complementaria como aquella que complementa como una unidad a la lactancia materna sin desplazarla. Señalando que el momento oportuno para introducir la alimentación complementaria es a los seis meses de edad, cuando se deben cubrir requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y de la maduración neurológica (SAP, 2001).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) considera a la alimentación complementaria como todo alimento líquido o sólido que ingiere el lactante diferente de la leche materna, incluida la fórmula adaptada, y exceptuando suplementos de vitaminas o minerales y medicamentos. El rango de edad óptimo para dar alimentación complementaria está habitualmente entre los 6 y 24 meses de edad, en tanto que la lactancia materna puede continuar hasta después de los dos años.

## 2.3. FINALIDAD DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

El niño durante su etapa de crecimiento y desarrollo adquiere un sin número de habilidades, al mismo tiempo que incrementa sus requerimientos

energéticos y nutricionales, por lo que la lactancia materna exclusiva o la artificial no puede ser igual en estas etapas de la edad pediátrica.

Los objetivos que se persiguen con la introducción de la alimentación complementaria incluyen (OPS, 2010):

- Promover un adecuado crecimiento y desarrollo neurológico, cognitivo, del tracto digestivo y el sistema neuromuscular.
- Proveer nutrientes que son insuficientes en la leche materna, tales como: hierro, zinc, selenio, vitamina D.
- Enseñar al niño a distinguir sabores, colores, texturas y temperaturas diferentes, así como a fomentar la aceptación de nuevos alimentos.
- Promover y desarrollar hábitos de alimentación saludable.
- Favorecer el desarrollo psicosocial, y la interrelación correcta entre padres e hijos.
- Conducir a la integración de la alimentación familiar.
- Promover una alimentación complementaria que permita prevenir factores de riesgo para alergias, obesidad, desnutrición, hipertensión arterial, síndrome metabólico, entre otras.

La introducción de la alimentación complementaria es necesaria por cuanto las necesidades y requerimientos nutricionales cambian proporcionalmente de acuerdo al crecimiento del niño. De manera que, a partir del sexto mes de vida el bebé necesita un mayor aporte energético y de algunos nutrientes específicos, tales como: hierro, zinc, selenio, calcio y las vitaminas A y D (OPS, 2010). La leche materna exclusiva y las fórmulas lácteas infantiles son insuficientes para cubrir estos requerimientos en el

lactante sano, los cuales deben aportarse por medio de la alimentación complementaria (OMS, 2001).

Si la alimentación del niño no se ajusta a los requerimientos adicionales de estos nutrientes, su crecimiento y desarrollo puede verse afectado. En el gráfico 1 se muestra el déficit de aporte energético de un niño alimentado exclusivamente con leche materna.

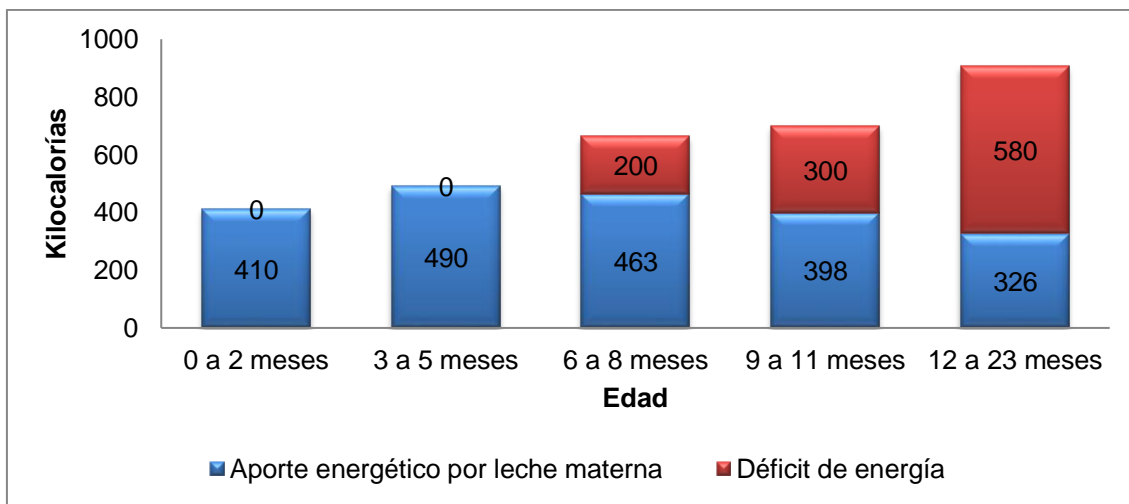


Gráfico 1. Requerimientos energéticos totales en niños de 0 a 23 meses de edad (OPS, 2010)

## 2.4. INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Para el inicio de la alimentación complementaria se deben tener en cuenta múltiples factores involucrados en el éxito de su buena implementación, tales como: edad, capacidad del niño para la digestión y absorción de los diferentes micro y macronutrientes presentes en la alimentación, habilidades sociales y motoras adquiridas, medio socioeconómico en el que se encuentra e incapacidad de la leche materna y de las fórmulas lácteas infantiles de asegurar un aporte energético adecuado de nutrientes que garanticen el

crecimiento y desarrollo adecuado del lactante (Romero-Velardea y cols., 2016).

El proceso de nutrición implica la participación e interacción entre diferentes sistemas del cuerpo humano: digestivo, neurológico, renal e inmunológico, que desde la vida fetal se encuentran en constante desarrollo evolutivo (Naylor y Morrow, 2001). Resulta importante conocer y reconocer estos procesos de evolución y adaptación con el fin de establecer recomendaciones para la introducción segura de diferentes alimentos de acuerdo al momento de maduración biológica del lactante, con el objetivo de no incurrir en acciones que sobrepasen su capacidad digestiva y metabólica (OPS, 2010).

En la figura 1 se muestra el esquema que relaciona la adquisición de los hitos del neurodesarrollo con el tipo de consistencia de los alimentos que un niño entre 0 y 12 meses es capaz de ingerir (OPS, 2010).

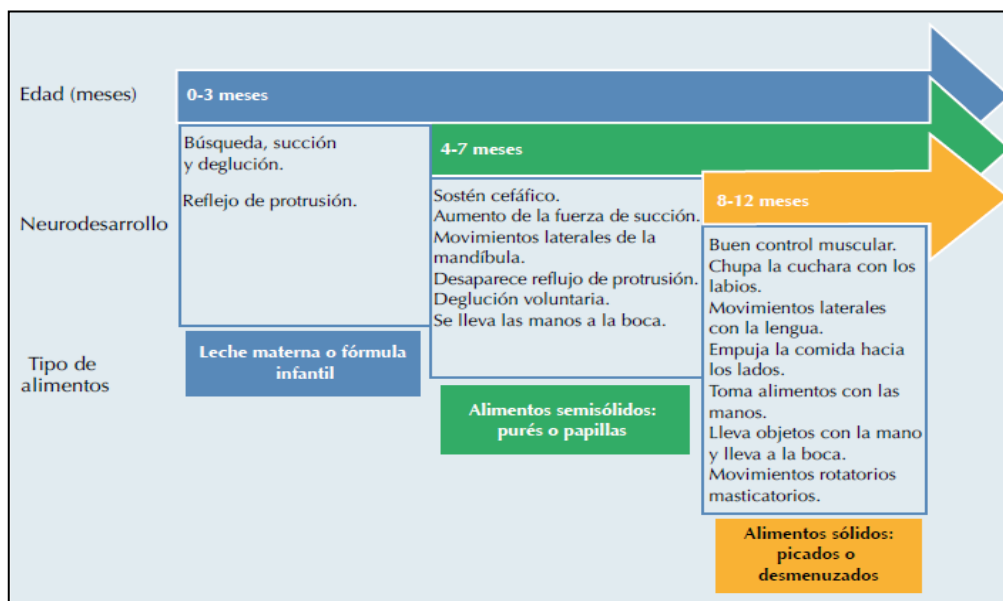


Figura 1. Neurodesarrollo y su relación con el tipo de consistencia de los alimentos que un niño entre 0 a 12 meses es capaz de ingerir

## 2.5. RECOMENDACIONES SEGÚN LA OMS PARA PRACTICAR UNA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CORRECTA

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) señala que se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones para practicar una alimentación complementaria correcta:

1. Iniciación temprana de la lactancia materna exclusiva
2. Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad
3. Continuar la lactancia materna hasta el año de edad
4. Introducción de alimentos sólidos a más tardar a los nueve meses de edad
5. Consumo de una dieta diversa
6. Frecuencia de consumo de alimentos suficiente
7. Consumo de alimentos ricos en hierro

## 2.6. EDAD DE INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La edad ideal para el inicio de la alimentación complementaria es tema de interés y controversia para los diferentes organismos que regulan el manejo nutricional en pediatría y han surgido diferentes opiniones al respecto. Desde 2001 la Organización Mundial de la Salud recomendó iniciar la alimentación complementaria a partir de los seis meses de vida, ya que la leche materna constituye un factor protector frente a la morbilidad infantil en los países en desarrollo (OMS, 2001).

La edad de inicio puede ser considerada muy temprana si se realiza antes de los 4 meses, temprana cuando se realiza la introducción de alimentos

entre los 4 y 5 meses de edad, oportuna a los 6 meses y tardía cuando se hace después de los 6 meses.

En la siguiente figura se resumen las complicaciones de una introducción tardía o temprana de los alimentos (OMS, 2001).

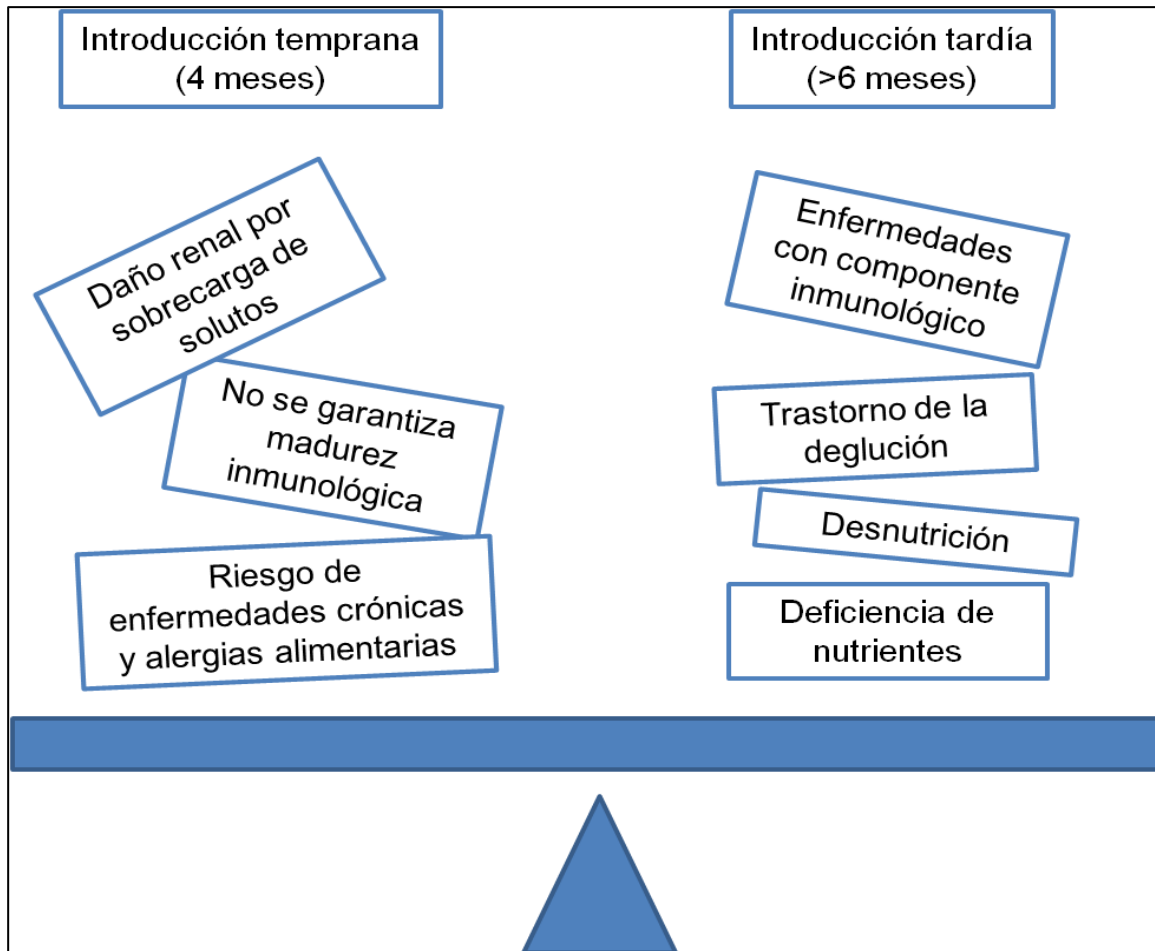


Figura 2. Consecuencias de la introducción tardía o temprana de los alimentos

## 2.7. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y ALIMENTOS NO RECOMENDADOS

Las Guías Alimentarias para la Población Infantil del Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2009) señalan que debido a que las necesidades nutricionales de los niños, durante la etapa de alimentación complementaria,

son elevadas, es muy importante que cada alimento que coman sea muy nutritivo. Por ello las golosinas, bebidas gaseosas, gelatinas, jugos sintéticos concentrados, sopas y caldos concentrados y productos “de kiosco”, en general, no son adecuados para la alimentación de los niños.

A medida que el niño introduce alimentos, su alimentación se irá pareciendo cada vez más a la de su grupo familiar. Por ello para cuidar la salud de los niños durante el primer año de vida es necesario que se evite darle los siguientes alimentos, porque pueden contener sustancias que producen daños para los más pequeños (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2009):

- Fiambres, hamburguesas, salchichas y otros embutidos, ya que todos contienen muchas grasas, sal y otras sustancias conservantes que pueden causar daño a la salud, sobre todo de los más chiquitos.
- Salsas muy elaboradas, caldo preparado con cubitos y las sopas en sobre.
- Comidas muy condimentadas y picantes.
- Té de yuyos (anís estrellado, tilo, manzanilla; etc.).
- Miel: hasta haber cumplido el año de edad, dado que puede contener sustancias tóxicas para los más pequeños.
- Soja o preparados con soja: hasta cumplir los dos años. Luego se podrá utilizar en purés, bien tamizados como el resto de las legumbres.
- Gaseosas, jugos artificiales y de soja.
- Productos salados tipo copetín: papas fritas, chizitos, palitos, porque contienen mucha grasa y mucha sal.

- Alimentos fritos todos los días (se les pueden dar frituras hasta dos veces por semana).
- Postres lácteos de los que se venden preparados (siempre son preferibles los caseros porque tienen menos sustancias conservantes).

## 2.8. MÉTODOS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Durante el último siglo, la tradición ha sido introducir a los bebés los alimentos sólidos mediante la utilización de una cuchara (Jones, 2016). Las orientaciones actuales de la OMS recomiendan que a los bebés se les ofrezcan inicialmente los alimentos mezclados sin problemas, que progresen en textura a medida que el bebé llega a los 12 meses, edad en la cual los bebés deberían ya consumir los alimentos familiares e integrar la mesa familiar. Recomendando los alimentos con los dedos a partir de los 8 meses, pero junto con los purés, en lugar de la alimentación principal (OMS, 2003).

Esta conducta se multiplica en varios países, observándose sin embargo situaciones diferentes en otros países. En Reino Unido, por ejemplo, el Departamento de Salud recomienda comer con los dedos desde el inicio de la introducción de alimentos complementarios, mientras que en Nueva Zelanda a los bebés se les puede ofrecer alimentos con los dedos desde los 7 meses.

## 2.9. MÉTODO BABY-LED WEANING

En los últimos 10 a 15 años ha crecido en popularidad un enfoque alternativo conocido como baby-led weaning (BLW). El mismo es un término acuñado por Gill Rapley, una matrona y enfermera pediátrica del Reino Unido,

que literalmente se traduce como “destete guiado por el bebé”, lo cual puede llevar a la confusión ya que emplea el término destete en el sentido no de abandonar la lactancia materna, sino de dejar su exclusividad para comenzar con la introducción de alimentos sólidos (López, 2013).

El BLW es una forma de alimentación en la que el propio lactante, a partir de los 6 meses de vida y en función de su desarrollo neurológico, se lleva a la boca trocitos de alimentos blandos, utilizando sus manos, en lugar de recibirlos triturados y con cuchara. Al niño se le deja comer por sí solo la cantidad que desee, sentado en la trona, compartiendo la comida familiar, pero sin añadirle sal ni azúcar. Entre las ventajas que ofrece el BLW pueden mencionarse las siguientes: favorece la autonomía del niño, permite participar de la comida familiar, estimula la masticación y disminuye el riesgo de sobrealimentación y de obesidad, ya que los bebés autorregulan las cantidades que ingieren. Sus principales inconvenientes son: el riesgo de atragantamiento, por lo que se deben evitar alimentos duros y pequeños, y siempre hay que acompañar al niño mientras come; la posibilidad de que el niño tome menos variedad de alimentos; que la cantidad de comida ingerida sea insuficiente para un crecimiento adecuado, y que aparezcan algunas deficiencias nutricionales, fundamentalmente de hierro (Perdomo Giraldi y De Miguel Durán, 2015).

Con este método bebé sigue adoptando un papel activo en su alimentación, tal y como lo venía haciendo con la lactancia materna a demanda, en lugar de adoptar el rol pasivo de esperar a que el adulto lo alimente. En este caso el adulto no da de comer al niño, solo pone a su alcance

alimentos sanos, apropiados y seguros y se los ofrece para que sea él el que decida si se los lleva a la boca.

Podrían aparecer en niños vegetarianos y veganos ciertas carencias en algunos nutrientes (proteínas, hierro, vitaminas del grupo B, calcio y zinc) si no se presta suficiente atención a este tipo de método de alimentación complementaria.

## 2.10. CONSIDERACIONES A LA HORA DE APLICAR EL BLW

Es un método de alimentación a demanda porque es el niño el que elige lo que quiere llevarse a la boca, cuándo y a qué ritmo. No obstante, debe ser una alimentación a demanda pero controlada, de manera que los padres deben elegir qué ofrecer al niño en cada momento. Para ello, basta con aplicar las recomendaciones generales para la introducción de la alimentación complementaria que proponen los distintos organismos (OMS, 2003) y sobre todo mucho sentido común.

Si bien existe un calendario único sobre el orden a seguir para la introducción de alimentos durante la alimentación complementaria, hay suficientes evidencias para establecer las siguientes recomendaciones:

- Generalmente lo que come el resto de la familia es adecuado para el niño si se empieza con ingredientes naturales, se sirven tantos alimentos frescos como sea posible, preferiblemente de la región y de temporada, y se cocina sin añadir sal y azúcar. La alimentación de la familia debe basarse en frutas, verduras e hidratos de carbono, a los que hay que añadir pequeñas cantidades de alimentos ricos en

proteínas, calcio y hierro y cantidades aún menores de aceite o grasas saludables.

- Frutas y verduras: pueden incluirse frutas y verduras de todos los colores. Recomendándose retrasar hasta el año las verduras de hoja verde por su alto contenido en nitratos.
- Cereales y féculas: fuente importante de hidratos de carbono. Los lactantes toleran muy bien la papa y otros tubérculos, que comienzan a digerirse ya en la boca por acción de la amilasa salivar.
- Legumbres: tradicionalmente se ha aconsejado su introducción a partir de los 10-12 meses, pero no existe ninguna razón que contraindique su introducción a partir de los 6 meses. Aportan hidratos de carbono, proteínas y hierro, entre otros.
- Proteínas animales: se recomienda la introducción de la carne ya a partir de los 6 meses por ser una fuente de hierro (primero de ave y luego de ternera, cordero y cerdo). El pescado y el huevo, sin embargo, tradicionalmente se han retrasado un poco más por el elevado número de niños que desarrollan alergia a sus proteínas. No hay evidencia sobre el momento adecuado de introducirlos, pero sería prudente hacerlo a partir de los 8-9 meses. La leche de vaca entera no deberá introducirse hasta el año de edad, sí podrán ofrecerse antes queso, yogur y otros lácteos.
- Frutos secos: por su tamaño y consistencia suponen un riesgo importante de atragantamiento, por lo que no se aconseja ofrecerlos enteros como pronto hasta los 3 años. Pueden introducirse antes en

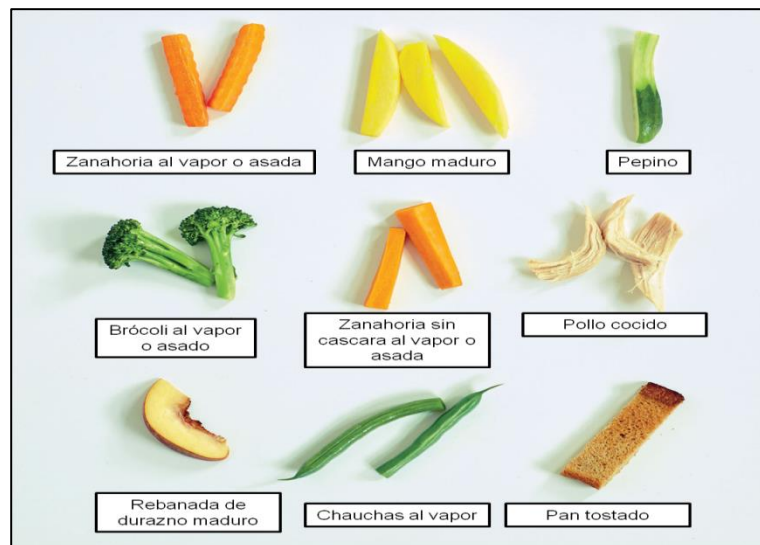
forma de pasta o manteca, untados en pan por ejemplo, ya que son una buena fuente de proteínas, grasas y hierro. Pero debido a su potencial alergénico, no suele hacerse antes del año.

- La sal y el azúcar son perjudiciales para el bebé. Los alimentos salados pueden dañar la función renal y el azúcar, además de aportar calorías vacías, puede ser perjudicial para los dientes incluso antes de su erupción.
- Deben evitarse las comidas preparadas y procesadas, que suelen contener niveles elevados de sal, azúcar y otros componentes poco seguros, como conservantes y aditivos.
- Bebidas: los bebés no necesitan más bebidas que la leche materna (o de fórmula si no es amamantado) y el agua. Se le pueden ofrecer pequeñas cantidades de agua en tazas fáciles de agarrar, pero no debe preocupar si al principio el niño prefiere la leche materna para aplacar su sed. No son adecuados el café, el té ni las bebidas edulcoradas o con gas.
- En niños con enfermedades metabólicas o antecedentes familiares de alergia a algún alimento, puede ser necesario individualizar cada caso.
- En niños vegetarianos y veganos pueden aparecer carencias de ciertos nutrientes (proteínas, hierro, vitaminas del grupo B, calcio y zinc) si no se presta suficiente atención. Para evitarlo es importante ofrecer productos vegetales que cubran estas necesidades.

## 2.11. PRINCIPIOS DEL BLW

El método BLW incluye los siguientes principios según Rapley (2012):

- Ofrecer los alimentos bajo la forma y tamaño denominada “finger food” (comer con los dedos). Los alimentos se darán como se muestra en la siguiente figura.



**Figura 3. Ejemplos de finger foods**

- Se ofrecen alimentos, no se obliga a comerlos (Figura 4).
- Se fomenta la actitud activa del bebé (Figura 4).



**Figura 4. Bebé con alimentos incorporados mediante BLW**

- Se mantiene la lactancia materna (Figura 5).



**Figura 5. Bebé amamantado**

## 2.12. PAUTAS PARA LA APLICACIÓN DEL BLW

Rapley y Murkett (2012) sugieren el seguimiento de las siguientes pautas para la adecuada implementación y aplicación del método BLW:

- Sentar al bebé a la mesa con el resto de la familia (en una silla para bebé o en el regazo de un adulto), asegurándose que está correctamente sentado y erguido.
- Es importante que el bebé no tenga hambre ni sueño, ya que caso contrario no estará receptivo ni podrá concentrarse en explorar los alimentos. Al principio la comida será solo un juego y su principal alimento sigue siendo la leche materna.
- Debe continuarse con la lactancia materna a demanda. Los sólidos la complementan pero al principio no hay que suprimir tomas. Será el bebé

el que vaya reduciendo las tomas gradualmente, siguiendo su propio ritmo.

- Poner a su alcance trozos de alimentos sanos, naturales y seguros, eligiéndolos a ser posible de lo que esté comiendo el resto de la familia para que el bebé se sienta partícipe.
- Comenzar por trozos de comida fáciles de agarrar. Se aconseja que tengan una consistencia lo suficientemente firme para que puedan agarrarse sin aplastarse y lo suficientemente blanda para que el bebé pueda masticarlo o machacarlo con sus encías. Son una buena opción los trozos de fruta, las verduras cocidas o al vapor, etc. Poco a poco el bebé será capaz de manejar trozos de comida más pequeños y con consistencias más complicadas de manejar. A medida que eso ocurra, es conveniente ir ofreciendo al bebé nuevos alimentos y combinaciones sencillas.
- Dejar que el bebé explore la comida y coma a su ritmo. Él decide cuándo empieza, cuándo termina y a qué velocidad come. No se debe distraer al bebé ni persuadirle para comer más cuando ya no tenga interés.
- Para evitar atragantamientos se debe:
  - No dejar al alcance del bebé alimentos peligrosos, sobre todo pequeños y duros, como los frutos secos, uvas u aceitunas enteras. Deberán retirarse los huesos de frutas como cerezas, ciruelas, duraznos, etc.

- No permitir que nadie introduzca alimentos directamente a la boca del bebé. Es preferible dejarlos a su alcance o dárselos en la mano y que él los gestione.
- No dejar al bebé nunca solo mientras come.

### 2.13. BENEFICIOS DEL BABY-LED WEANING

Entre sus beneficios se encuentran (Rapley, 2008; Rapley y Murkett, 2012):

- Fomenta la seguridad en sí mismo. A medida que el bebé experimenta con la comida, aprende a confiar en sus habilidades y en su criterio.
- Favorece que el bebé desarrolle una actitud positiva hacia la comida. Es él quien decide qué comer y qué dejar en el plato. Permitir que rechacen un alimento que no les atrae o sienten que no necesitan o les parece poco seguro en ese momento
- Participar en la comida familiar hace disfrutar al bebé de un momento agradable de socialización, le permite imitar conductas (como aprender a manejar la comida y los cubiertos o elegir las comidas más saludables).
- Contribuye en el desarrollo de la musculatura orofacial (que favorece una correcta masticación y, posteriormente, una mayor capacidad para hablar).
- Favorece el desarrollo de la motricidad fina y la coordinación visomotora.
- Aprenden a comer despacio, a mantener más rato la comida en la boca y a masticarla bien, por lo que permiten la acción de la amilasa salivar y una mejor función digestiva.

- Desarrollo de gustos por alimentos más sanos y menor prevalencia de obesidad (Townsend y Pitchford, 2012).

## 2.14. DESVENTAJAS DEL BABY-LED WEANING

Algunos autores coinciden en señalar que el método BLW presenta ciertas desventajas tales como:

- Riesgo de atragantamiento y asfixia: por cuanto los lactantes se autoalimentan a la vez que aprenden a gestionar los alimentos en la boca desde el primer momento que se pone en práctica el método (ESPGHAN, 2017). Por lo cual se recomienda excluir de la dieta los alimentos con elevado riesgo de atragantamiento u asfixia, evitando todo aquello que tenga forma redondeada, ovalada, pequeña y/o dura (Brunner López y cols., 2017). Sin embargo, Velasco Manrique (2014) considera que con este método existe menor riesgo de atragantamiento debido a que son los mismos lactantes quienes controlan por sí mismos lo que introducen en su boca; y el reflejo protector de la arcada evita el atragantamiento alejando el alimento de la vía aérea hacia el exterior, hasta que aprenden por completo las habilidades para masticar.
- Carencias nutricionales: algunos autores señalan que puede observarse déficit de hierro y una consecuente anemia ferropénica, además de deficiencia de zinc y vitamina B12 (Brunner López y cols., 2017; ESPGHAN, 2017).
- Carencias energéticas: que pueden provocar una desaceleración del crecimiento y desnutrición, debido a que no todos los lactantes

desarrollan en su totalidad las habilidades necesarias para alimentarse por sí mismos, de manera que no se asegura un adecuado autoabastecimiento (Brunner López y cols., 2017; ESPGHAN, 2017). Velasco Manrique (2014) considera que con el método BLW si se cubren las necesidades nutricionales y energéticas del lactante en su totalidad. Señala que los nutrientes de la leche materna cubren las necesidades del lactante hasta los 8-9 meses; edad en la que ya se han perfeccionado las técnicas de alimentación, permitiendo una ingesta amplia y variada de alimentos en cantidad suficiente como para cubrir las posibles carencias.



## CAPÍTULO 3

---

## CAPÍTULO 3

### 3.1. MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1.1. TIPO DE ESTUDIO

El estudio fue de tipo descriptivo. Dado que el mismo buscó especificar las propiedades del fenómeno sometido a análisis; a la vez que se midieron y/o evaluaron diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar (Hernández Sampieri, 2006).

En estos estudios se seleccionan una serie de cuestiones y se miden cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga.

#### 3.1.2. HIPÓTESIS

Hipótesis 1: La edad de inicio de la alimentación complementaria en los niños es oportuna.

Variable: Edad de inicio de la alimentación complementaria

Definición conceptual: vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. En este caso hace referencia al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta el inicio de la alimentación complementaria.

Definición operativa: se determinó por medio de la respuesta obtenida a una pregunta cerrada acerca de la edad a la cual se inicio la alimentación complementaria.

Categorías: Muy temprana (antes de los 4 meses)/Temprana (entre los 4 y 5 meses)/Oportuna (a los 6 meses)/Tardía (después de los 6 meses).

Hipótesis 2: Las madres de los niños no emplearon el baby-led weaning como método para el inicio de la alimentación complementaria.

Variable: Método de alimentación complementaria

Definición conceptual: modo o manera en la que se introducen los alimentos durante la alimentación complementaria.

Definición operativa: el método de alimentación complementaria se valoró mediante la respuesta obtenida a una pregunta cerrada respecto al modo o manera en que introduce los alimentos durante la alimentación complementaria. Considerándose:

Método tradicional: cuando se administran los alimentos en forma de puré, papillas, caldos con ayuda de una cuchara

Método baby-led weaning: cuando los alimentos se brindan en forma de bastones del tamaño de un dedo, dejando que el niño los tome con su mano.

Mixto: cuando se realice de ambas maneras.

Otro: cuando lo haga de otra forma, describiendo como es la misma.

Categorías: Método tradicional/Método baby-led weaning/Mixto/Otro.

Hipótesis 3: Las madres de los niños presentan un nivel de conocimiento bajo sobre el baby-led weaning.

Variable: Nivel de conocimiento

Definición conceptual: conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori).

Definición operativa: el nivel de conocimiento de las madres acerca del método de alimentación complementaria baby-led weaning se valoró a partir de las respuestas brindadas a un cuestionario compuesto por 5 preguntas acerca de este método.

La cantidad de respuestas correctas obtenidas permitió clasificar el nivel de conocimiento en:

Nulo: cuando contestó en forma incorrecta todas las preguntas.

Bajo: cuando respondió correctamente 1 a 2 preguntas.

Medio: cuando contestó 3 preguntas en forma correcta.

Elevado: cuando contestó correctamente a 4 o 5 preguntas.

Categorías: Nulo/Bajo/Medio/Elevado

Hipótesis 4: La ingesta de alimentos no recomendados por los niños es elevada.

Variable: Ingesta de alimentos no recomendados

Definición conceptual: acción o acto de ingerir alimentos no recomendados.

Definición operativa: para la valoración de la ingesta de alimentos no recomendados se le brindó una lista compuesta por 12 alimentos no recomendados para que señale con una cruz si el niño los consume o no. Se consideró que la ingesta de alimentos no recomendados es:

Nula: cuando no consumió ninguno de los alimentos no recomendados.

Baja: cuando consumió entre 1 a 4 de los alimentos no recomendados.

Moderada: cuando consumió entre 5 a 6 de los alimentos no recomendados.

Elevada: cuando consumió 7 o más de los alimentos no recomendados.

Categorías: Nula/Baja/Moderada/Elevada

Hipótesis 5: El grupo de alimentos más elegido para el inicio de la alimentación complementaria son las frutas y verduras.

Variable: Grupo de alimentos

Definición conceptual: manera en que se clasifican o agrupan los alimentos de acuerdo a su valor calórico, composición nutricional y contenido de vitaminas y minerales.

Definición operativa: para su valoración se le solicitó a la madre del niño que responda con qué grupo de alimentos inicio la alimentación complementaria.

Categorías: Frutas y Verduras/Cereales y legumbres/Carnes/Lácteos

### 3.1.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación fue no experimental transversal. No experimental debido a los fenómenos se observaron tal cual se presentan, en su contexto natural, sin controlar la realidad ni construir o manipular las variables. Y transversal debido a que los datos se recolectaron en un momento único de tiempo.

### 3.1.4. POBLACIÓN

Madres y niños menores de un año de edad que asisten a la consulta pediátrica durante el mes de Septiembre de 2018.

### 3.1.5. MUESTRA

Estuvo integrada por un grupo de 60 madres y niños menores de un año de edad que asisten a la consulta pediátrica en el CAPS Lastenia de la ciudad Banda del Río Salí, departamento Cruz Alta, provincia de Tucumán, durante el mes de Septiembre de 2018.

### 3.1.6. TÉCNICA DE MUESTREO

La técnica de muestreo fue no probabilística intencional (Hernández Sampieri y col., 2006). Mediante esta técnica los sujetos fueron seleccionados en función de su accesibilidad o a criterio personal e intencional del investigador (Hernández Sampieri y col., 2006). Por lo cual la selección de los sujetos que la componen fue informal y arbitraria dependiendo así de la decisión del investigador.

### 3.1.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Dentro de las mismas se incluyó la firma por parte de las madres de un consentimiento informado (Anexo 1).

### 3.1.8. RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario (Anexo 2) que permitió obtener la información referida a la edad de inicio de la alimentación complementaria, el método empleado para realizarla, la ingesta de alimentos no recomendados, el grupo de alimentos elegido para



---

el inicio de la alimentación complementaria y el nivel de conocimiento acerca del baby-led weaning.



## CAPÍTULO 4

---

## CAPÍTULO 4

### 4. RESULTADOS

#### 4.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS ENCUESTADOS

Se entrevistaron a un total de 60 madres de niños menores de un año de edad que asisten a la consulta pediátrica en el CAPS Lastenia de la ciudad de la Banda del Río Salí, departamento Cruz Alta, provincia de Tucumán. La edad promedio de las madres entrevistadas fue de 26.3 años  $\pm$ 3.9 DS. Las madres entrevistadas se caracterizaron por pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, en su gran mayoría amas de casa y contar solamente con estudios primarios y/o secundarios completos.

En lo referente a los niños, la edad promedio de estos fue de 9.13 meses  $\pm$ 1.29 DS. El 43% de los niños fue de sexo femenino y el 57% masculino.

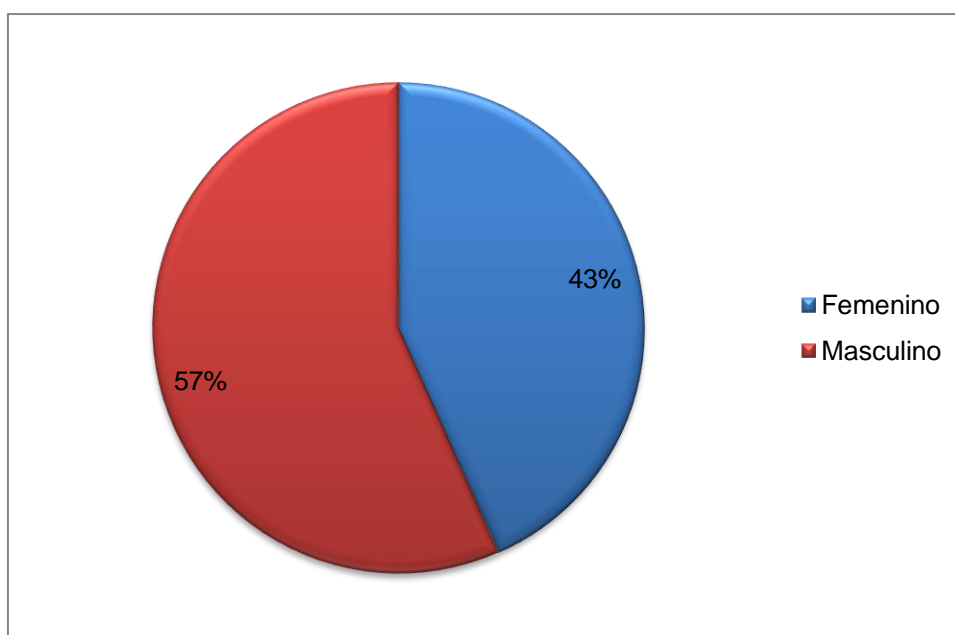
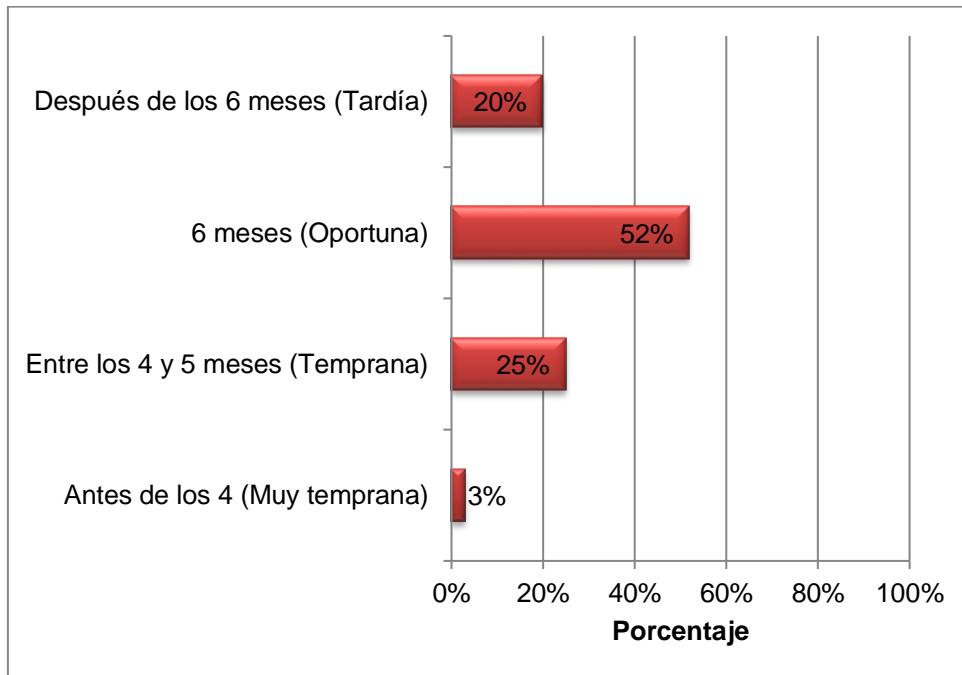


Gráfico 1. Distribución de la muestra según sexo (n=60)

## 4.2. EDAD DE INICIO DE LA INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS

La edad de inicio de la alimentación complementaria fue oportuna (6 meses) en la mayoría de los casos (52%).



**Gráfico 2. Distribución de la muestra según edad de inicio de alimentación complementaria (n=60)**

## 4.3. MÉTODO DE INTRODUCCIÓN DE LOS ALIMENTOS

Todas las mujeres entrevistadas señalaron que el método de introducción de los alimentos elegido para iniciar la alimentación complementaria fue el tradicional (100%).

## 4.4. INGESTA DE ALIMENTOS NO RECOMENDADOS

Se consultó a las madres acerca de la ingesta de los alimentos no recomendados de sus hijos. Los resultados obtenidos se detallan a continuación:

- El 80% de los niños consume bebidas gaseosas (Gráfico 3).

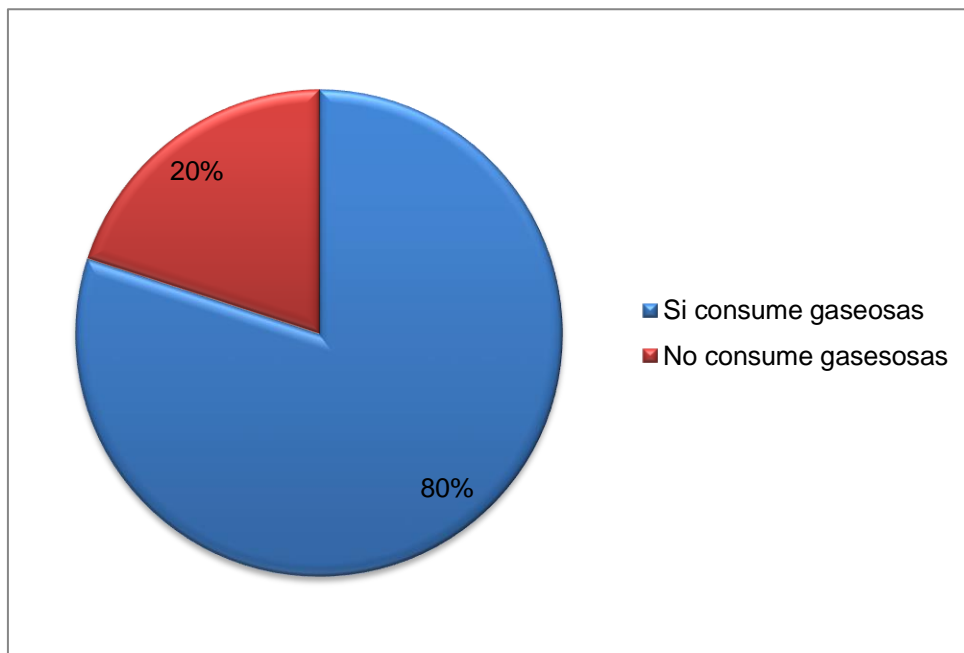


Gráfico 3. Distribución de la muestra según consumo de bebidas gaseosas (n=60)

- El 72% de los niños consume papas fritas (Gráfico 4).

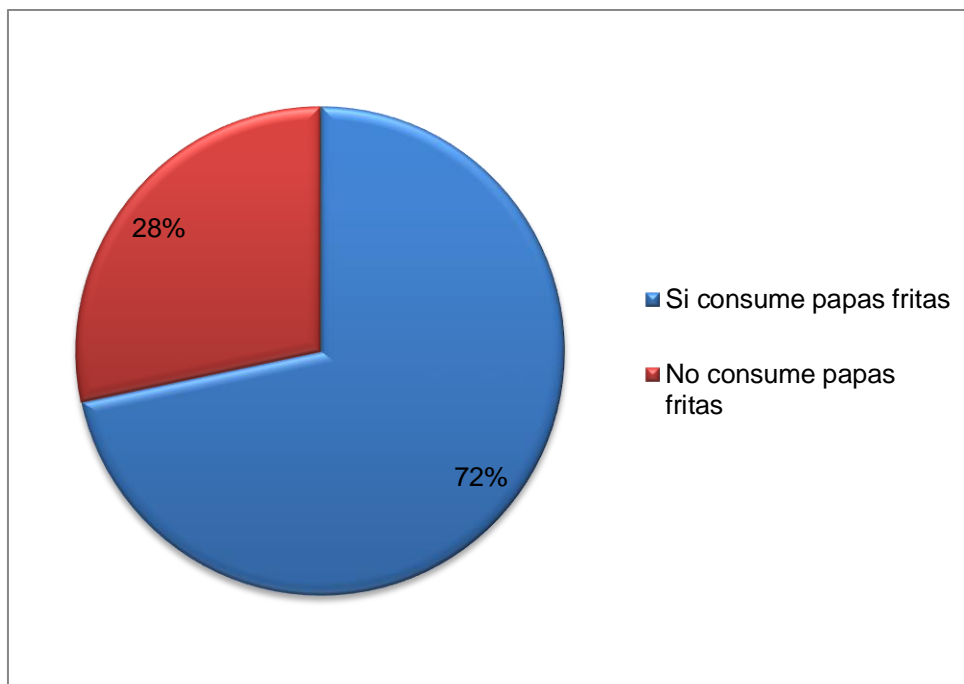


Gráfico 4. Distribución de la muestra según consumo de papas fritas (n=60)

- El 73% de los niños consume caramelos (Gráfico 5).

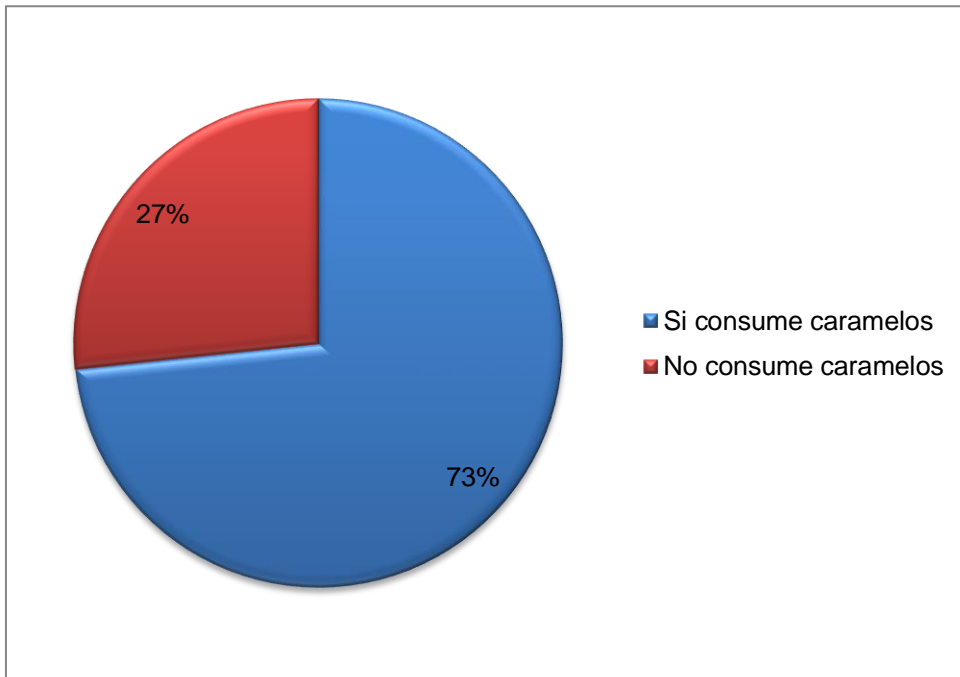


Gráfico 5. Distribución de la muestra según consumo de caramelos (n=60)

- El 78% de los niños consume chupetines (Gráfico 6).

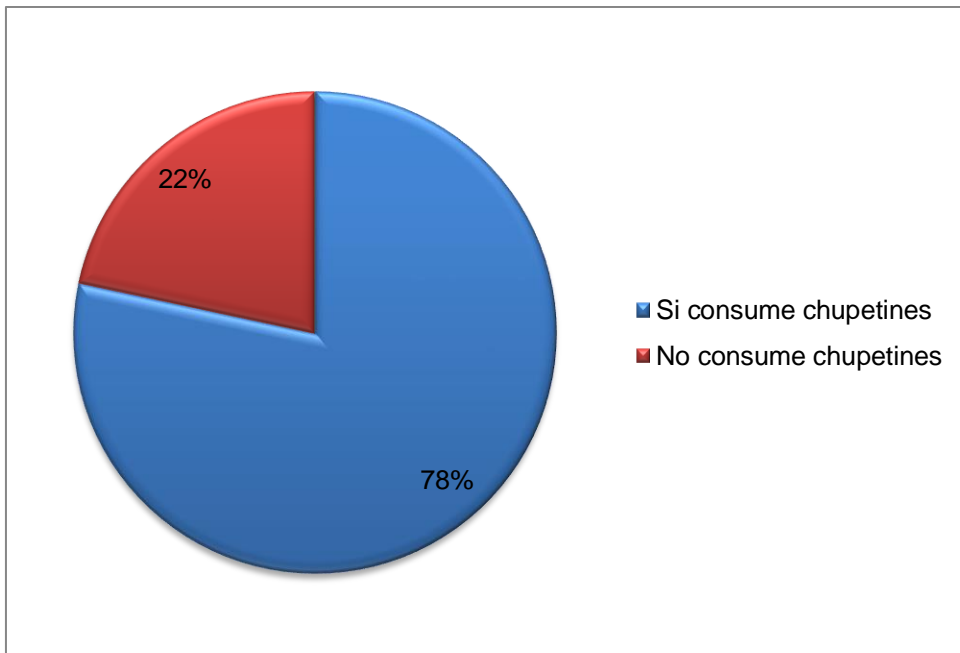


Gráfico 6. Distribución de la muestra según consumo de chupetines (n=60)

- El 73% de los niños consume galletitas dulces (Gráfico 7).

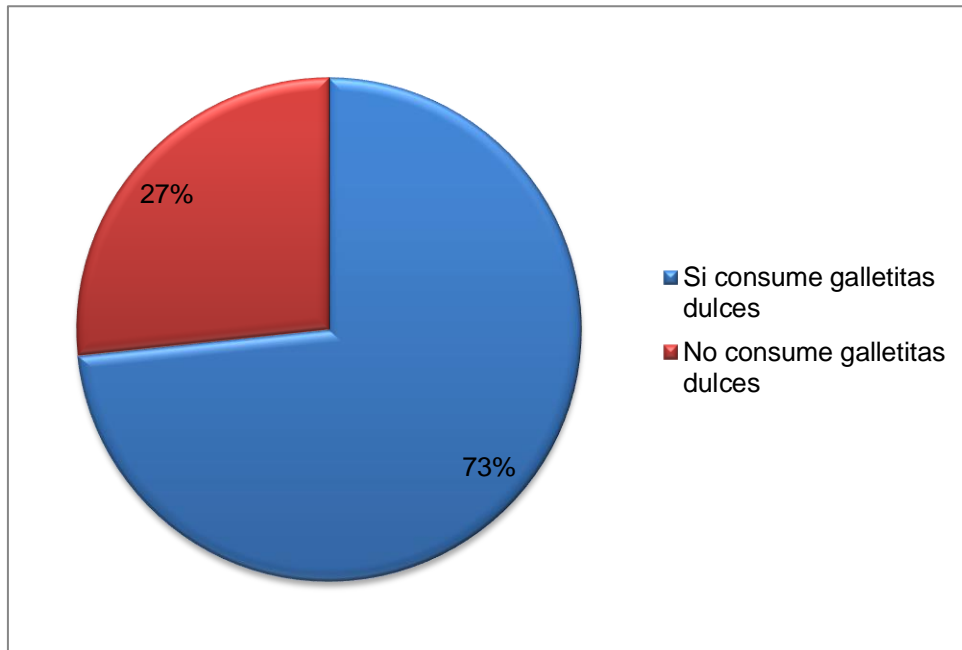


Gráfico 7. Distribución de la muestra según consumo de galletitas dulces (n=60)

- El 67% de los niños consume galletitas saladas (Gráfico 8).

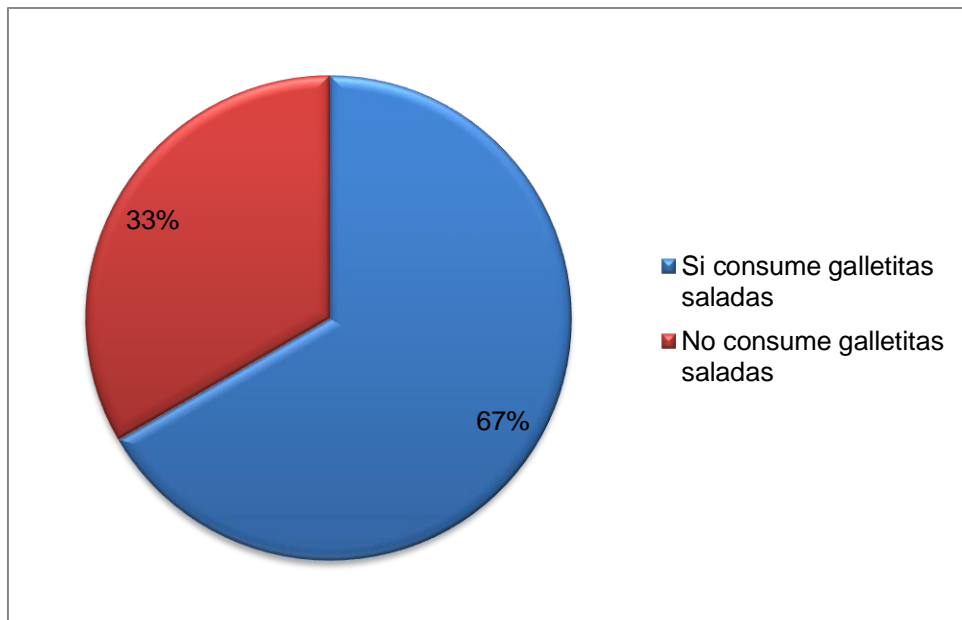


Gráfico 8. Distribución de la muestra según consumo de galletitas saladas (n=60)

- El 73% de los niños consumen chocolates (Gráfico 9).

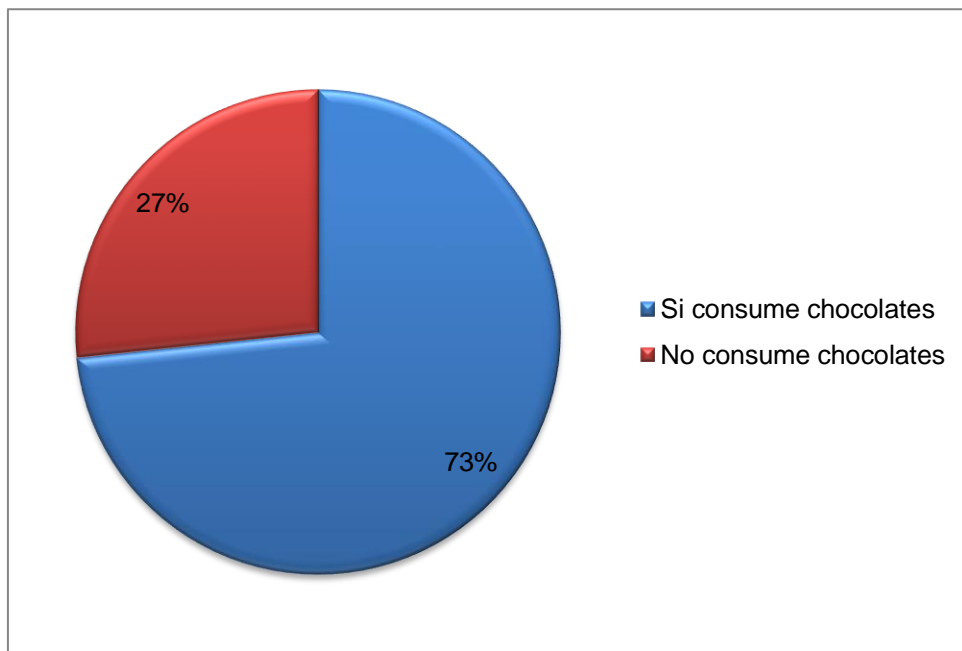


Gráfico 9. Distribución de la muestra según consumo de chocolates (n=60)

- El 72% de los niños consume alfajores (Gráfico 10).

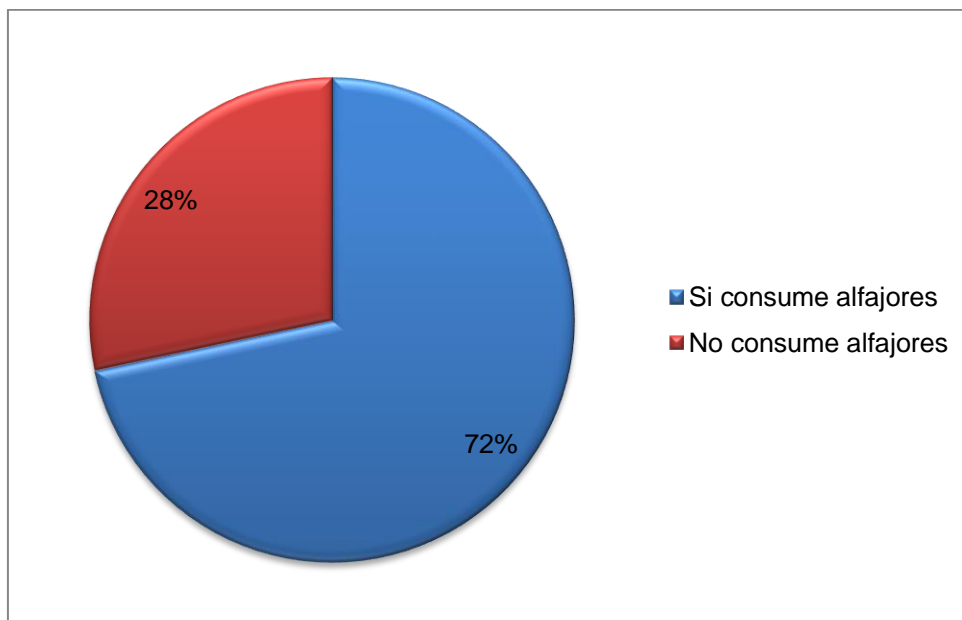


Gráfico 10. Distribución de la muestra según consumo de alfajores (n=60)

- Ninguno de los niños consume sopas en polvo.
- El 50% de los niños consume jugos en polvo (Gráfico 11).

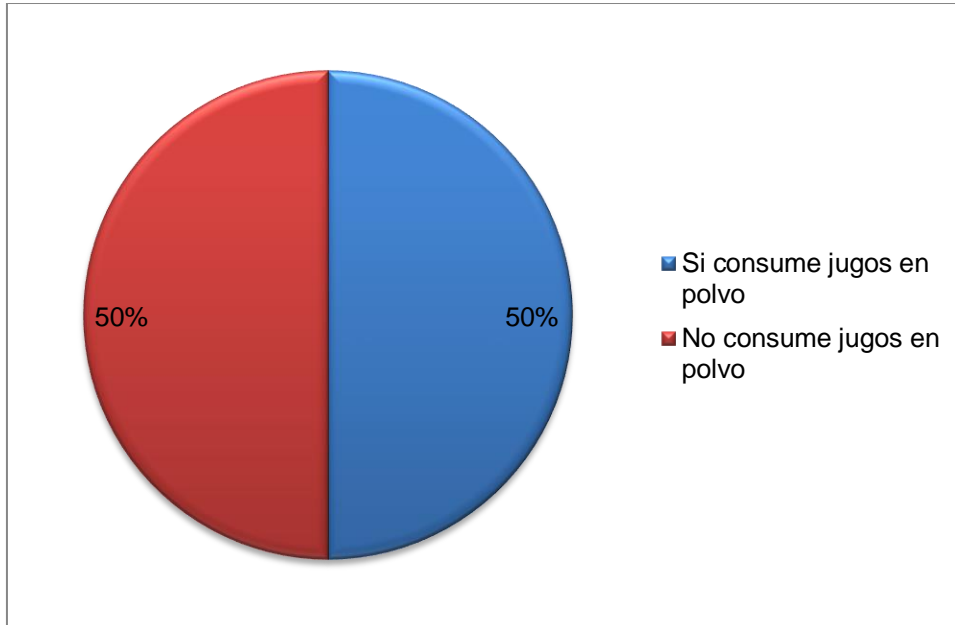


Gráfico 11. Distribución de la muestra según consumo de jugos en polvo (n=60)

- El 48% de los niños consume copos de cereales (Gráfico 12).

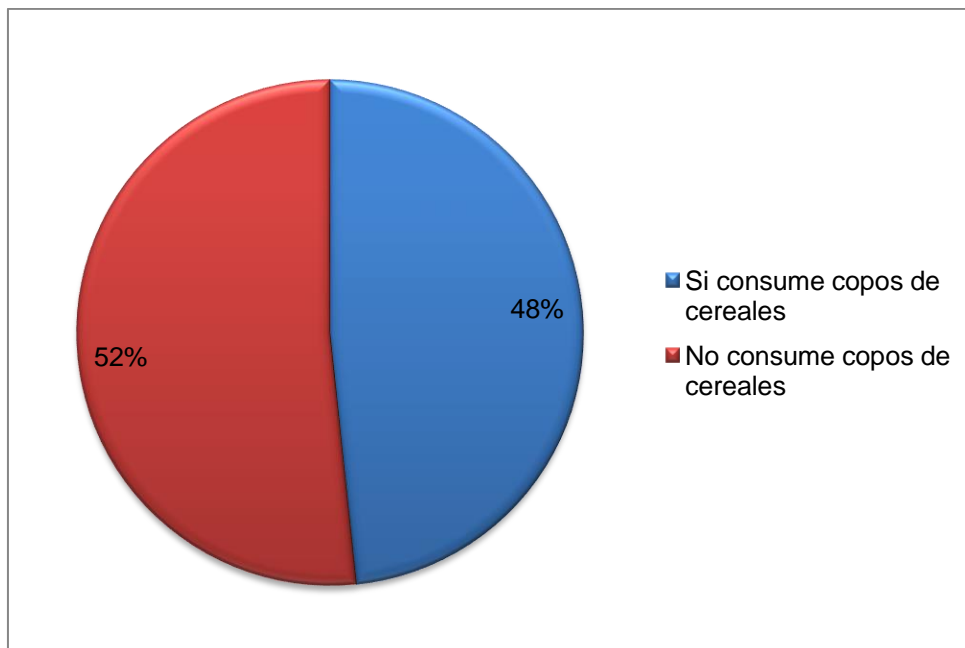


Gráfico 12. Distribución de la muestra según consumo de copos de cereales (n=60)

- El 97% de los niños no consume queso untable (Gráfico 13).

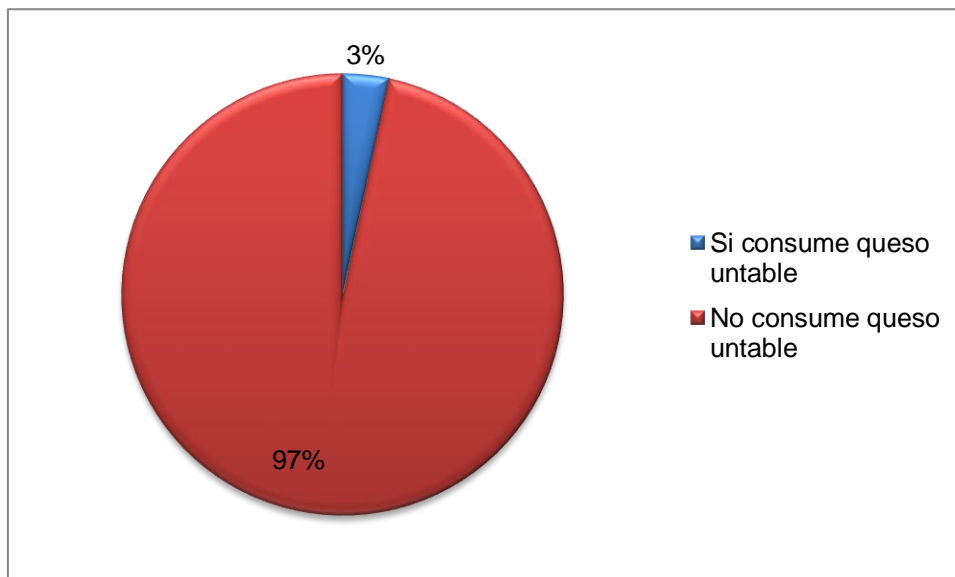


Gráfico 13. Distribución de la muestra según consumo de queso untable (n=60)

- El 67% de los niños tiene una ingesta elevada de alimentos no recomendados (Gráfico 14).

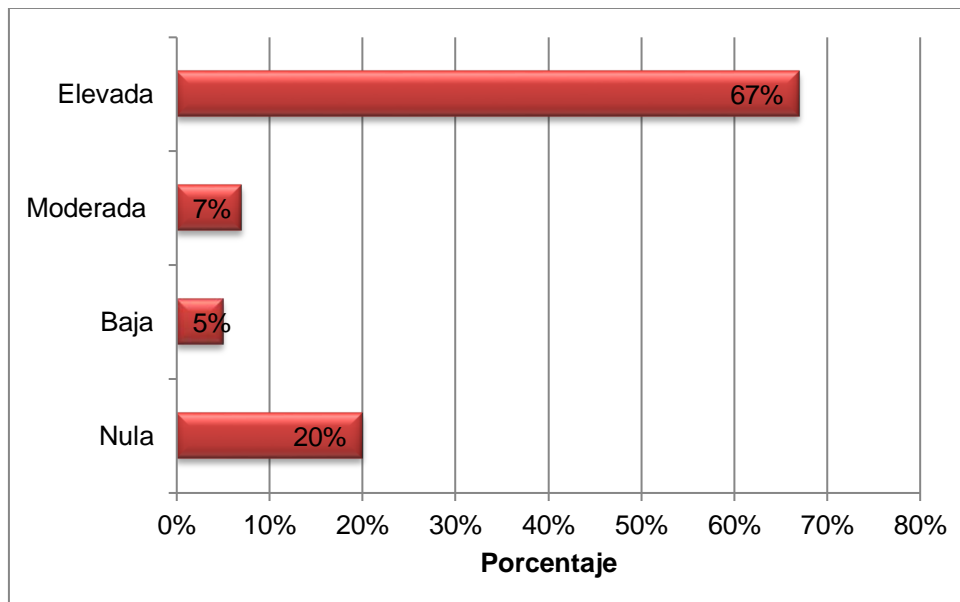


Gráfico 14. Distribución de la muestra según nivel de ingesta de alimentos no recomendados (n=60)

#### 4.5. GRUPO DE ALIMENTOS ELEGIDO PARA EL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN

El 85% de las madres consultadas, acerca del grupo de alimentos con el que iniciaron la alimentación complementaria, señaló que iniciaron la misma con la introducción de frutas y verduras.

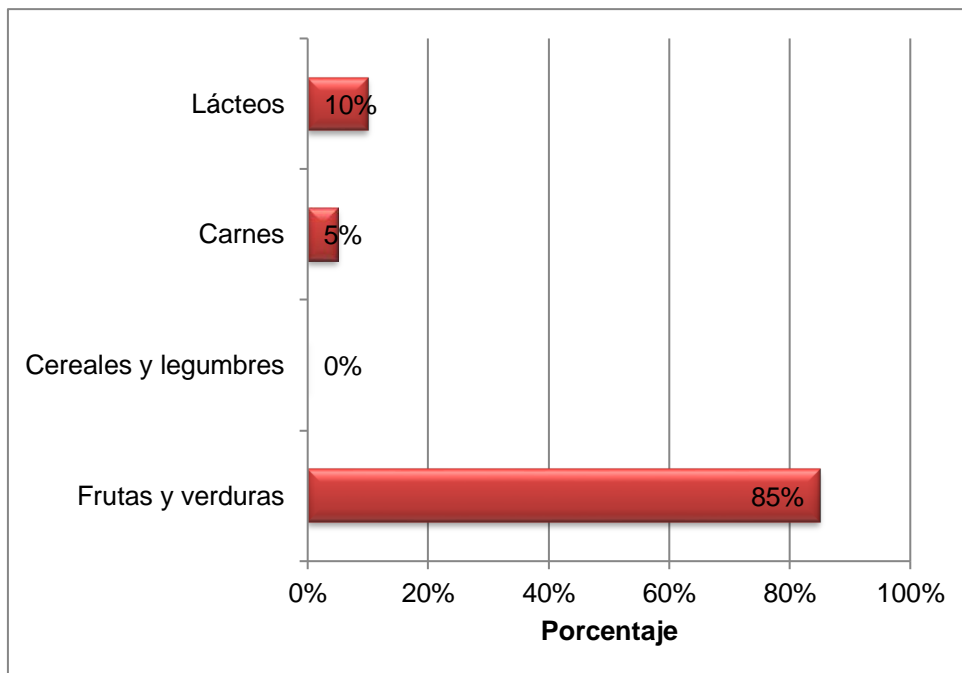
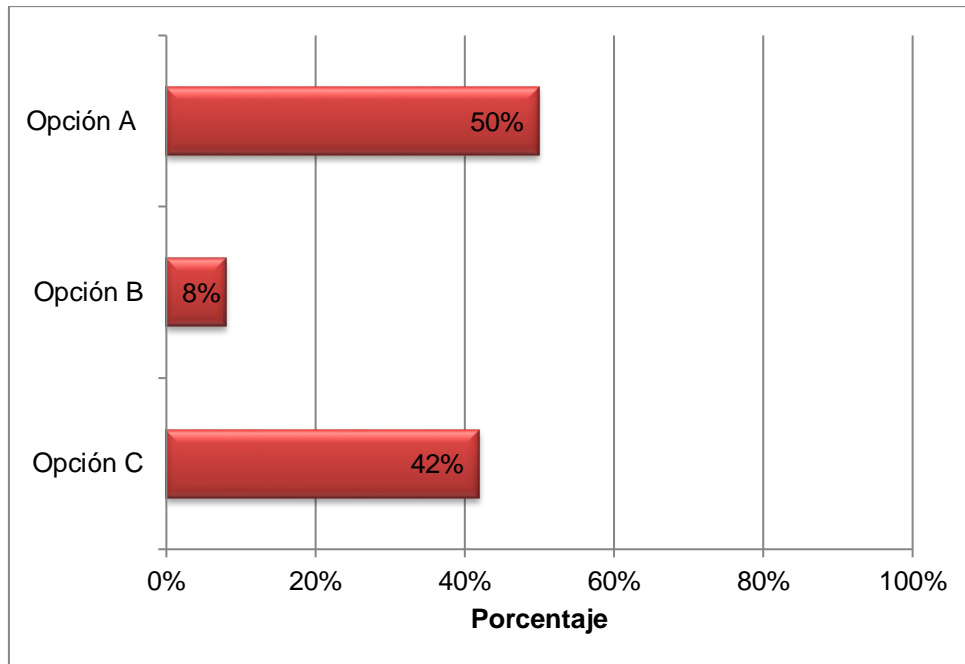


Gráfico 15. Distribución de la muestra según grupo de alimentos elegido para el inicio de alimentación (n=60)

#### 4.6. CONOCIMIENTO SOBRE EL BABY-LED WEANING

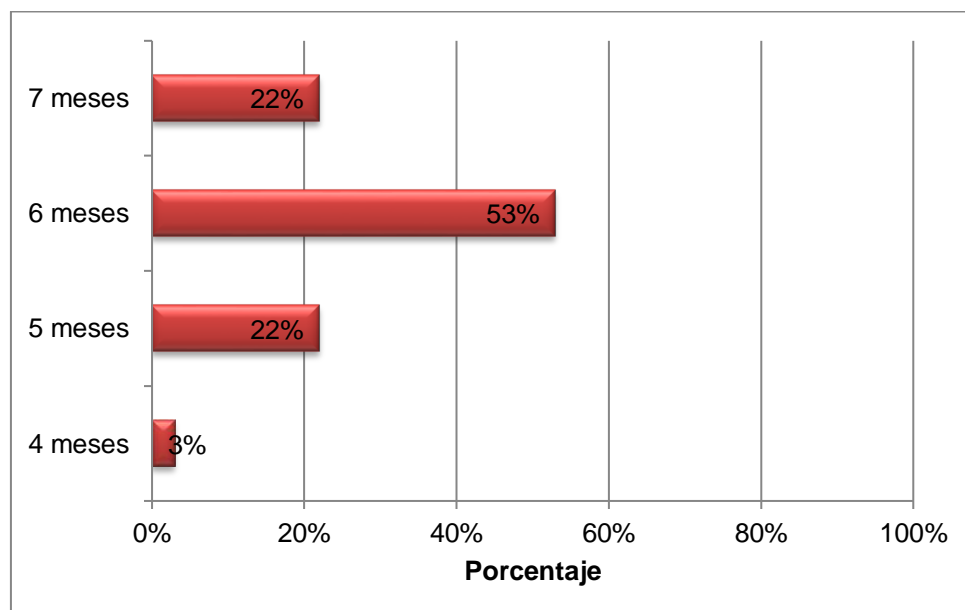
Los datos obtenidos acerca del conocimiento que poseen las madres entrevistadas sobre el método baby-led weaning demuestran que:

- La mitad de ellas señalan que el baby led weaning es una forma de alimentación en la que el lactante recibe en su boca trocitos de alimentos blandos de quien lo alimenta en lugar de recibirlos triturados y con cuchara (Opción A) (Gráfico 16).



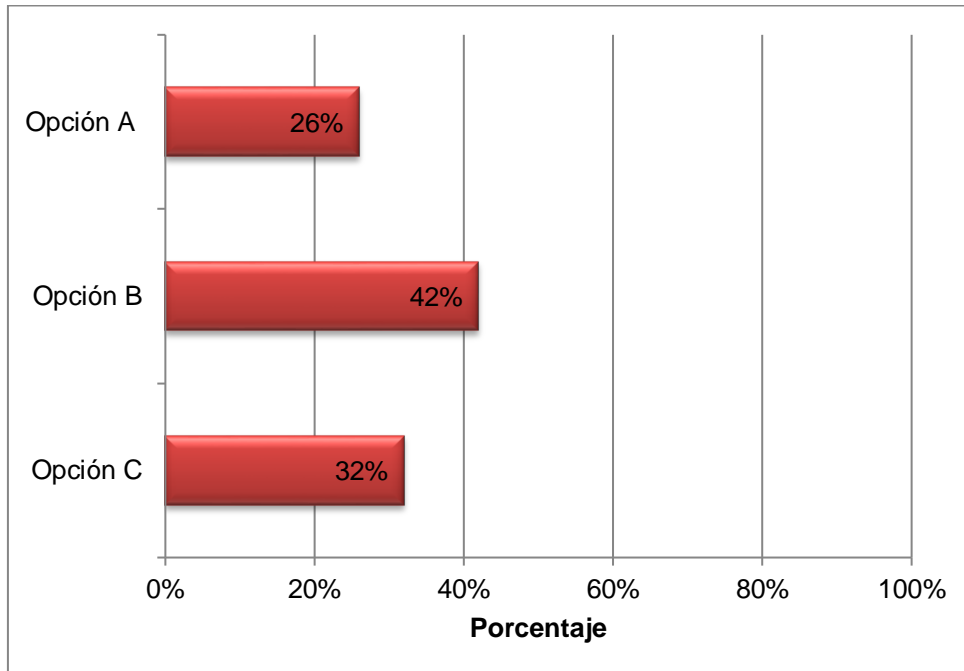
**Gráfico 16. Distribución de la muestra según respuesta a qué es el baby-led weaning (n=60)**

- Poco más de la mitad (53%) de las madres señaló que la edad conveniente para su implementación son los 6 meses (Gráfico 17).



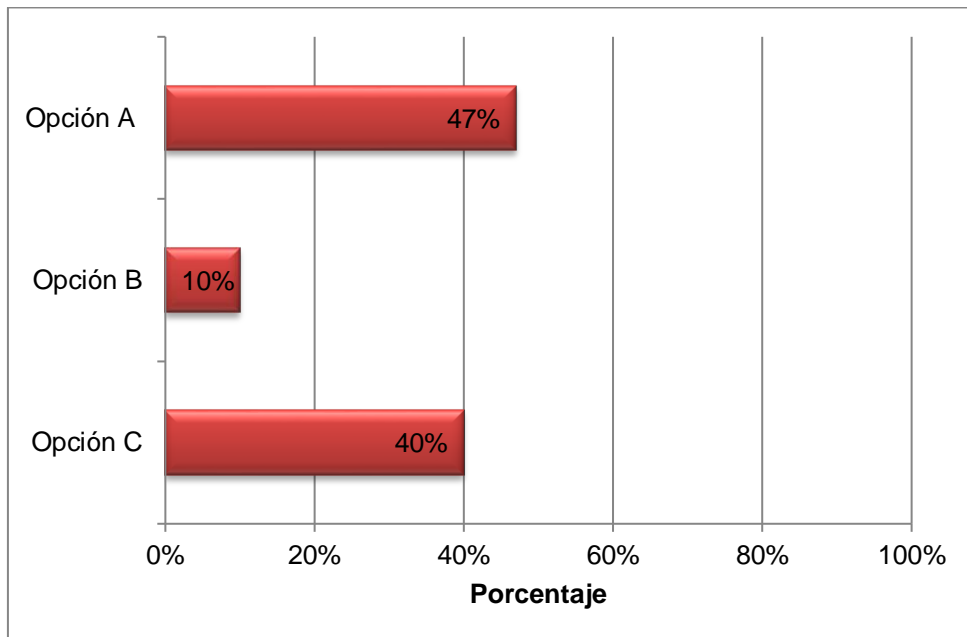
**Gráfico 17. Distribución de la muestra según edad de implementación del baby-led weaning (n=60)**

- El 42% de las madres indicó que durante el baby-led weaning se debe prestar especial atención a los niños veganos y vegetarianos (Opción B) (Gráfico 18).



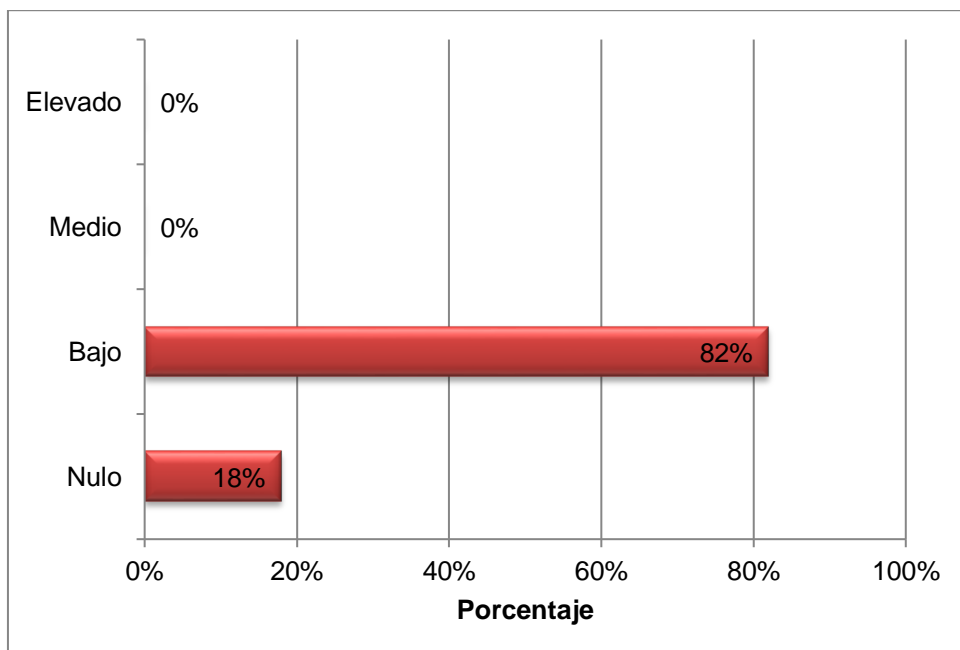
**Gráfico 18. Distribución de la muestra según afirmación sobre el baby-led weaning  
(n=60)**

- La consulta acerca de los beneficios que incluye el baby-led weaning muestra que el 47% de las madres piensa que el baby-led weaning contribuye al control de la ingesta, menor riesgo de atragantamiento y de sobrepeso (Opción A) (Gráfico 19).



**Gráfico 19. Distribución de la muestra según beneficios que incluye el baby-led weaning (n=60)**

- El análisis de las respuestas brindadas acerca del baby-led weaning y detalladas anteriormente indicó que el 82% de las madres presentan un nivel de conocimiento bajo sobre el baby-led weaning (Gráfico 20).



**Gráfico 20. Distribución de la muestra según nivel de conocimiento sobre el baby-led weaning (n=60)**

#### 4.7 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

A continuación se detalla el procedimiento empleado para la comprobación de las hipótesis de investigación.

**Hipótesis 1: La edad de inicio de la alimentación complementaria en los niños es oportuna.**

Se calculó  $\chi^2$  con un grado de libertad de 3, con un nivel de significación de 95%.

En la siguiente tabla se muestra el procedimiento para calcular  $\chi^2$ .

Tabla 1. Procedimiento para calcular $\chi^2$					
Categorías	Fo	Fe	fo-fe	(fo-fe) <sup>2</sup>	$\frac{(fo-fe)^2}{Fe}$
Muy temprana	2	15	-13	169	11.26
Temprana	15	15	0	0	0
Oportuna	31	15	16	256	17.06
Tardía	12	15	-3	9	0.6
Total	60				28.92

$$Fe: \Sigma N/C = 60/4 = 15$$

$$X^2 \text{ obtenido} = 28.92$$

$$X^2 \text{ teórico} = 7.82$$

$$GL \text{ (grado de libertad)} = (n^{\circ} \text{ de categoría} - 1) \quad GL = 4 - 1 = 3$$

Grado de confianza 95% (0,05)

$X^2$  observado es mayor que  $x^2$  teórico

Se calculó el  $\chi^2$  con un grado de confianza del 95% y un grado de libertad de 3. Se obtuvo como resultado un  $\chi^2$  observado mayor al valor de  $\chi^2$  teórico por lo tanto se acepta la hipótesis de investigación. La edad de inicio de la alimentación complementaria en los niños es oportuna.

**Hipótesis 2: Las madres de los niños no emplearon el baby-led weaning como método para el inicio de la alimentación complementaria.**

Se calculó  $\chi^2$  con un grado de libertad de 3, con un nivel de significación de 95%.

En la tabla 2 se muestra el procedimiento para calcular  $\chi^2$ .

Tabla 2. Procedimiento para calcular $\chi^2$					
Categorías	Fo	fe	fo-fe	(fo-fe) <sup>2</sup>	$\frac{(fo-fe)^2}{Fe}$
Método tradicional	60	15	45	2025	135
Método baby-led weaning	0	15	-15	225	15
Mixto	0	15	-15	225	15
Otro	0	15	-15	225	15
Total	60				180

$$Fe: \Sigma N/C = 60/4 = 15$$

$$X^2 \text{ obtenido} = 180$$

$$X^2 \text{ teórico} = 7.82$$

$$GL \text{ (grado de libertad)} = (n^{\circ} \text{ de categoría} - 1) \quad GL = 4 - 1 = 3$$

Grado de confianza 95% (0,05)

$X^2$  observado es mayor que  $\chi^2$  teórico

Se calculó el  $\chi^2$  con un grado de confianza del 95% y un grado de libertad de 3. Se obtuvo como resultado un  $\chi^2$  observado mayor al valor de  $\chi^2$  teórico por lo tanto se acepta la hipótesis de investigación. Las madres de los niños no emplearon el baby-led weaning como método para el inicio de la alimentación complementaria.

**Hipótesis 3: Las madres de los niños presentan un nivel de conocimiento bajo sobre el baby-led weaning.**

Se calculó  $\chi^2$  con un grado de libertad de 3, con un nivel de significación de 95%.

En la siguiente tabla se muestra el procedimiento para calcular  $\chi^2$ .

Tabla 3. Procedimiento para calcular $\chi^2$					
Categorías	Fo	Fe	fo-fe	(fo-fe) <sup>2</sup>	$\frac{(fo-fe)^2}{Fe}$
Nulo	11	15	-4	16	1.06
Bajo	49	15	34	1156	77.06
Medio	0	15	-15	225	15
Elevado	0	15	-15	225	15
Total	60				108.12

$$Fe: \Sigma N/C = 60/4 = 15$$

$$X^2 \text{ obtenido} = 108.12$$

$$X^2 \text{ teórico} = 7.82$$

$$GL \text{ (grado de libertad)} = (n^{\circ} \text{ de categoría} - 1) \quad GL = 4 - 1 = 3$$

Grado de confianza 95% (0,05)

$X^2$  observado es mayor que  $x^2$  teórico

Se calculó el  $\chi^2$  con un grado de confianza del 95% y un grado de libertad de 3. Se obtuvo como resultado un  $\chi^2$  observado mayor al valor de  $\chi^2$  teórico por lo tanto se acepta la hipótesis de investigación. Las madres de los niños presentan un nivel de conocimiento bajo sobre el baby-led weaning.

**Hipótesis 4: La ingesta de alimentos no recomendados por los niños es elevada.**

Se calculó  $\chi^2$  con un grado de libertad de 3, con un nivel de significación de 95%.

En la siguiente tabla se muestra el procedimiento para calcular  $\chi^2$ .

Tabla 4. Procedimiento para calcular $\chi^2$					
Categorías	Fo	Fe	fo-fe	(fo-fe) <sup>2</sup>	$\frac{(fo-fe)^2}{Fe}$
Nula	12	15	-3	9	0.6
Baja	4	15	-11	121	8.06
Moderada	4	15	11	121	8.06
Elevada	40	15	25	625	41.6
Total	60				58.32

Fe:  $\Sigma N/C=60/4:15$

$\chi^2$  obtenido= 58.32

$\chi^2$  teórico= 7.82

GL (grado de libertad)=(nº de categoría -1) GL=4-1=3

Grado de confianza 95% (0,05)

$\chi^2$  observado es mayor que  $\chi^2$  teórico

Se calculó el  $\chi^2$  con un grado de confianza del 95% y un grado de libertad de 3. Se obtuvo como resultado un  $\chi^2$  observado mayor al valor de  $\chi^2$  teórico por lo tanto se acepta la hipótesis de investigación. La ingesta de alimentos no recomendados por los niños es elevada.

**Hipótesis 5: El grupo de alimentos más elegido para el inicio de la alimentación complementaria son las frutas y verduras.**

Se calculó  $\chi^2$  con un grado de libertad de 3, con un nivel de significación de 95%.

En la tabla 5 se muestra el procedimiento para calcular  $\chi^2$ .

Tabla 5. Procedimiento para calcular $\chi^2$					
Categorías	Fo	Fe	fo-fe	(fo-fe) <sup>2</sup>	$\frac{(fo-fe)^2}{Fe}$
Frutas y verduras	51	15	36	1296	86.4
Cereales y legumbres	0	15	-15	225	15
Carnes	3	15	-12	144	9.6
Lácteos	6	15	-9	81	5.4
Total	60				116.4

Fe:  $\Sigma N/C=60/4:15$

$\chi^2$  obtenido= 116.4

$\chi^2$  teórico= 7.82

GL (grado de libertad)=(nº de categoría -1) GL=4-1=3

Grado de confianza 95% (0,05)

$\chi^2$  observado es mayor que  $\chi^2$  teórico

Se calculó el  $\chi^2$  con un grado de confianza del 95% y un grado de libertad de 3. Se obtuvo como resultado un  $\chi^2$  observado mayor al valor de  $\chi^2$  teórico por lo tanto se acepta la hipótesis de investigación. El grupo de alimentos más elegido para el inicio de la alimentación complementaria son las frutas y verduras.



# CAPÍTULO 5

---

## CAPÍTULO 5

### 5.1. DISCUSIÓN

En base al análisis de la diversa bibliografía consultada para el desarrollo de esta investigación se observa que el método BLW se presenta como una alternativa de método a aplicar para la realización de la alimentación complementaria del bebé. El mismo posee múltiples beneficios que incluyen el desarrollo de una actitud positiva hacia la comida, la participación más temprana en la mesa familiar, el desarrollo de la musculatura orofacial y de gustos por alimentos más sanos y menor prevalencia de obesidad. Resultando importante valorar estos aspectos a la hora de optar entre un método de alimentación complementaria u otro, teniendo en cuenta además la existencia de riesgos que igualmente posee este método de destete dirigido por el bebé.

Entre las principales razones por las cuales diversos autores abogan por el método BLW es debido a que mediante esta visión, la práctica de la autorregulación de la ingesta en función a las necesidades del niño no se perdería, a diferencia de cuando se utiliza la cuchara para la alimentación. Por cuanto con este método se continua de forma natural el ritmo biológico del bebé, ya que la capacidad del mismo para autorregular su apetito es inherente en él y natural desde que nace, porque es quien regula la toma de leche durante los 6 meses de lactancia exclusivos (Locke, 2015).

Esta autorregulación tiene implicaciones en el desarrollo de la obesidad, ya que la alimentación no reactiva o controlada por los padres (método tradicional) anula las señales reguladoras del hambre, provocando la pérdida de la capacidad del bebé a las señales físicas del hambre. Observándose que

actitudes tales como forzar a que un bebé coma lo que uno considera suficiente, genera en los hijos una visión negativa de las comidas, como un acto que se ha de hacer por obligación y no como disfrute del placer de comer diversos sólidos, texturas y sabores (Cameron y cols., 2012).

Entre los motivos que generan controversia sobre este método de alimentación se encuentra el hierro, dado que su introducción es esencial a partir de los 6 meses y no debe retrasarse su ingesta después de los 180 días, pues esto aumenta las probabilidades de anemia. Además la biodisponibilidad del hierro en las carnes rojas (15%) es mucho mayor que la de los cereales infantiles (3%), pero puede suponer un riesgo de asfixia dada su consistencia al tragar (Cameron y cols., 2012).

No obstante, de acuerdo a diversos artículos, puede afirmarse que no existe mayor riesgo de asfixia en los niños alimentados con método BLW y aquellos alimentados con método tradicional (Cameron y cols., 2015; Fangupo y cols., 2016). Observándose que una de las ventajas percibidas con el BLW es que el niño aprende a comer sólidos cuando el reflejo de ahogo es muy eficaz, con lo cual mantiene los trozos grandes en la parte delantera de la boca y sólo traga aquellos que estén bien masticados (Cameron y cols., 2012).

De acuerdo a las recomendaciones de la OMS (2001) la edad de inicio oportuna para la alimentación complementaria son los 6 meses de edad. Se observo en este estudio que para el 52% de las mujeres entrevistadas es ésta también la edad elegida para el inicio de dicha alimentación.

Los resultados obtenidos en esta investigación demostraron que el conocimiento sobre este método es bajo en la mayoría de las mujeres

entrevistadas. Esto puede deberse a que se trata de un método relativamente nuevo y que no se encuentra ampliamente difundido entre profesionales pediatras y nutricionistas.

Por ello resulta necesaria una mayor información a los profesionales de la salud sobre este método, pues las fuentes de información a las que recurren la mayoría de las mamás es principalmente Internet (D'andrea y cols., 2016) y, sobre todo, estas mujeres no sienten un respaldo por sus sanitarios de referencia (Arden y cols., 2015), lo cual podría perjudicar la relación sanitario-paciente. A diferencia de aquellas madres que siguen el método tradicional que opinan sentirse informadas por los profesionales, pero que no se les habla en las consultas sobre BLW (Cameron y cols., 2013).

De esta manera al igual que Sánchez Sánchez y Benítez Arciniega (2014) se observa en este estudio que el nivel de conocimiento que poseen las madres sobre la alimentación complementaria tiene que ver con la manera en que se realice e implemente la misma.

Asimismo si bien el grupo de alimentos elegido por la mayoría de las madres para iniciar la alimentación complementaria son las frutas y verduras, se observa una ingesta de alimentos no recomendados elevada. Lo cual resulta preocupante por la importante relación observada entre esta y el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles. Esta ingesta elevada de alimentos no recomendados puede deberse a factores tales como hábitos alimentarios de la familia, gustos familiares, desconocimiento de los riesgos que conlleva la ingesta elevada de este tipo de alimentos, etc.

En cuanto a la ingesta de galletas dulces y saladas se notó que la misma fue superior a la observada por Dallazen y cols. (2018) en su estudio sobre la introducción de alimentos no recomendados en niños de bajo nivel socioeconómico durante el primer año de vida.



# CAPÍTULO 6

---

## CAPÍTULO 6

### 6. CONCLUSIÓN

La finalidad de este trabajo fue conocer los patrones de alimentación y baby-led weaning (deteste dirigido por el bebé) en niños menores de un año de edad que concurren a la consulta pediátrica durante el mes de Septiembre de 2018. Para su realización se plantearon se plantearon cinco hipótesis de investigación que fueron aceptadas, obteniendo las siguientes conclusiones:

- La edad de inicio de la alimentación complementaria fue oportuna.
- El método de introducción de los alimentos elegido para iniciar la alimentación complementaria fue el tradicional.
- La ingesta de alimentos no recomendados fue elevada.
- El grupo de alimentos elegido para iniciar la alimentación complementaria fue el de las frutas y verduras.
- El nivel de conocimiento de las madres sobre el baby-led weaning es bajo.

Si bien la edad de inicio de la alimentación complementaria es oportuna, resulta preocupante la ingesta de alimentos no recomendados por parte de los niños participantes del estudio. Esta situación demuestra la necesidad de la intervención nutricional en madres, de niños de la edad consultada, con el fin de brindar educación alimentaria y fomentar el desarrollo de una alimentación saludable desde el inicio de la alimentación complementaria.

Resulta importante a su vez destacar la importancia del Licenciado en Nutrición en el proceso de instrucción de los padres acerca de los alimentos saludables y seguros que se les pueden brindar a sus hijos desde el inicio de la

---

alimentación complementaria. Para lo cual, es clave una mayor formación de los profesionales acerca de ambas alternativas de introducción de los alimentos en la infancia, para así poder resolver las dudas de las familias y orientar según las necesidades de cada niño, debido a la escasez de conocimiento acerca de los beneficios que esta nueva tendencia aporta.



# CAPÍTULO 7

---

## CAPÍTULO 7

### 7. PROYECCIONES

- Difundir los resultados obtenidos en esta investigación entre los profesionales nutricionistas y pediatras.
- Contribuir al desarrollo de futuras investigaciones que amplíen lo investigado y/o valoren aspectos que no se hayan tenido en cuenta.
- Realizar talleres de educación alimentaria y nutricional destinados a embarazadas y madres de niños menores de un año de edad.
- Instalación de cartelera y distribución de folletería relacionada con la alimentación complementaria en los centros de atención pediátrica y maternidad.
- Enseñar el método baby led-weaning a mujeres embarazadas y madres de niños menores de un año de edad que asisten al CAPS en donde se realizó el estudio.
- Difundir los beneficios del método baby led-weaning como método de alimentación complementaria.
- Promover la adopción del método baby led-weaning como método de alimentación complementaria.



# ANEXOS

---

## ANEXOS

### ANEXO 1- CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es Cardoso Verónica, soy alumna de la Carrera de Licenciatura en Nutrición, de la Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino. Solicito tenga el agrado de participar del trabajo de investigación titulado: “Prácticas de alimentación complementaria y Baby-led weaning en niños menores de un año de edad”.

Usted deberá completar la encuesta, de carácter anónimo, que le entregaré a su debido tiempo. La información recogida será utilizada en el estudio que estoy realizando para concluir mi carrera. Le aseguro confidencialidad y respeto por toda la información brindada.

Agradezco su colaboración.

Cardoso, Verónica

Cortar y entregar

---

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria **ACEPTANDO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Nombre y apellido:.....

DNI:.....

Firma:.....

Fecha:.....

## ANEXO 2 - CUESTIONARIO

Datos de la madre:

Edad:

Datos del niño:

Edad:

Sexo:

Señale con una X

1. ¿A qué edad del niño inicio la introducción de alimentos diferentes a la leche?

Antes de los 4 meses

Entre los 4 y 5 meses

A los 6 meses

Después de los 6 meses

2. La introducción de los alimentos la realizó:

En forma de puré, papillas, caldos con ayuda de una cuchara

En forma de bastones del tamaño de un dedo, dejando que el niño tome con su mano los alimentos

De ambas maneras

Otra  ¿Cual?:

3. De la lista brindada a continuación señale con una X si el niño los consume o no

Alimentos	Consumo	
	Si	No
Gaseosa		
Papas fritas		
Caramelos		
Chupetín		
Galletas dulces		
Galletas saladas		
Chocolates		
Alfajores		
Sopa en polvo para preparar		
Jugos en polvo para preparar		
Copos de cereales		
Quesos untables		

4. ¿Con qué grupo de alimentos inicio la alimentación de su hijo?

Frutas y verduras

Cereales y legumbres

Carnes

Lácteos

5. ¿Qué es el baby-led weaning?
- a) Es una forma de alimentación en la que el lactante recibe en su boca trocitos de alimentos blandos de la mano de quien lo alimenta en lugar de recibirlos triturados y con cuchara
  - b) Es una forma de alimentación en la que el propio lactante se lleva a la boca trocitos de alimentos blandos, utilizando sus manos, en lugar de recibirlos triturados y con cuchara
  - c) Es una forma de alimentación en la que el propio lactante se lleva a la boca trocitos de alimentos blandos, purés o papillas empleando sus manos o una cuchara.
6. ¿A qué edad es conveniente implementarlo?
- 4 meses
  - 5 meses
  - 6 meses
  - 7 meses
7. ¿Qué significa su nombre es español?
- a) Destete progresivo para el bebé
  - b) Destete apropiado para el bebé
  - c) Destete guiado por el bebé
8. Señale la afirmación correcta:
- a) Durante el baby-led weaning debe suspenderse la lactancia materna
  - b) Durante el baby-led weaning debe prestarse atención a los niños veganos o vegetarianos
  - c) Ninguna es correcta
9. Los beneficios del baby-led weaning incluyen:
- a) Control de la ingesta, menor riesgo de atragantamiento y de sobrepeso
  - b) Control de la ingesta, gustos por alimentos más sanos y menor riesgo de obesidad
  - c) Control de la ingesta, mejor ganancia de peso y mejor aceptación de los alimentos

Muchas gracias por participar!!!



# BIBLIOGRAFÍA

---

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics (AAP): Committee on Nutrition (1980). On the Feeding of Supplemental Foods to Infants. *Pediatrics*; 65: 1178-81.
2. Arden MA, Abbott RL (2015) Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation. *Matern Child Nutr.*; 11(4):829-844.
3. Brunner López O, Fuentes Martín MJ, Ortigosa Pezonaga B, López García AM (2017) Texturas evolutivas en la introducción de nuevos alimentos. Pamplona: Academia Española de Nutrición y Dietética.
4. Cameron SL, Heath AL, Taylor RW (2012) How feasible is Baby-led Weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. *Nutrients* ; 4(11):1575-1609.
5. Cameron SL, Taylor RW, Heath AM (2013) Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. *BMJ open*.2013; 3(12):doi: e003946.
6. Cameron SL, Taylor RW, Heath AM (2015) Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to Solids - a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. *BMC Pediatr.*; 15(1):1-11.
7. Dallazen C, da Silva SA, Gonçalves VSS, Nilson EAF, Crispim SP, Lang RMF, Moreira JD, Tietzmann DC & Vítolo MR (2018) Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconómico. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(2), e00202816. Epub February 19, 2018. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00202816>

8. D'andrea E, Jenkins K, Mathews M, Roebathan B (2016) Baby-led Weaning: A Preliminary Investigation. *Can J Diet Pract Res.*; 77(2):72-77.
9. ESPGHAN (2017) Committee on Nutrition: Fewtrell M et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.*; 64(4):119-132.
10. Fangupo LJ, Heath AM, Williams SM, Erickson Williams LW, Morison BJ, Fleming EA, et al. (2016) A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. *Pediatrics.*; 138(4):doi: e20160772.
11. Flores EE & Ponthot P (2017) Lactancia materna y alimentación complementaria, situación en una población del área metropolitana de Buenos Aires. *Diaeta*, 35(158), 16-22. Recuperado el 03 de abril de 2018, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-73372017000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372017000100003&lng=es&tlng=es).
12. Hernández Sampieri, R, Fernández Collado C, Baptista LP. Metodología de la investigación. 4ª Edición, México D.F., Mc Graw Hill Interamericana 2006
13. Jones S (2016) A history of baby-led weaning: the evolution of complementary feeding trends. *Journal of Health Visiting*; 4(10):524–530. Recuperado el 03 de abril de 2018, de: [https://www.researchgate.net/publication/309220394\\_A\\_history\\_of\\_baby-led\\_weaning\\_The\\_evolution\\_of\\_complementary\\_feeding\\_trends](https://www.researchgate.net/publication/309220394_A_history_of_baby-led_weaning_The_evolution_of_complementary_feeding_trends)
14. Locke A (2015) Agency, 'good motherhood' and 'a load of mush': Constructions of baby-led weaning in the press. *Womens Stud Int Forum*; 53(1):139-146.

15. López E (2013) Baby-Led Weaning. En: Una maternidad diferente. Disponible en: <http://www.unamaternidaddiferente.com/p/baby-led-weaning.html?m=1>
16. Macias SM, Rodríguez S & Ronayne de Ferrer PA (2013) Patrón de alimentación e incorporación de alimentos complementarios en lactantes de una población de bajos recursos. Revista chilena de nutrición, 40(3), 235-242. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182013000300004>
17. Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2009) Guías Alimentarias para la Población Infantil: Orientaciones para padres y cuidadores. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000562cnt-guias-alimentarias-familia.pdf>
18. Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2010) La alimentación de los niños menores de dos años. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000258cnt-a09-alimentacion-de-ninos-menores-de-2-anos.pdf>
19. Naylor AJ y Morrow A (2001) Developmental Readiness of Normal Full Term Infants to Progress from Exclusive Breastfeeding to the Introduction of Complementary Foods: Reviews of the Relevant Literature Concerning Infant Immunologic, Gastrointestinal, Oral Motor and Maternal Reproductive and Lactational Development. Washington, DC.
20. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001) Complementary Feeding: Report of the Global Consultation and Summary of Guiding Principles. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

21. Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF (2003) Global strategy for infant and young child feeding. Recuperado el 03 de abril de 2018, de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42590/9241562218.pdf;jsessionid=12F919A791F9906EFA7EC200905639BF?sequence=1>
22. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2003) Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington, D.C.
23. Organización Panamericana de la Salud (2010) La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington, D.C.
24. Perdomo Giraldi y De Miguel Durán (2015) Alimentación complementaria en el lactante. *Pediatr Integral*; XIX (4): 260-267
25. Romero-Velardea E, Villalpando-Carrión S, Pérez-Lizaur AB y cols. (2016) Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. *Bol Med Hosp Infant Mex.*;73:338-356.
26. Rapley G (2008) Guidelines for implementing a babyled approach to the introduction of solid foods. Disponible en: <http://www.rapleyweaning.com/>
27. Rapley G y Murkett T (2008) *Baby-Led Weaning: helping your baby love good food*. London. Vermillon.
28. Rapley G y Murkett T (2012) *El niño ya come solo*. 1<sup>st</sup> Barcelona. Medici.
29. Rowan H y Harris C (2012) Baby-led weaning and the family diet: A pilot study. *Appetite* Volume 58, Issue 3, June 2012, Pages 1046-1049. Recuperado el 03 de abril de 2018, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22406580>

30. Sánchez Sánchez L; Benítez Arciniega AD (2014) Nivel de conocimientos sobre ablactación que presentan los padres de familia de la estancia CENDI mexiquense. Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Medicina: Licenciatura en Nutrición. Toluca, México.
31. Sociedad Argentina de Pediatría (2001) Guía de Alimentación para niños sanos de 0 a 2 años. Comité de Nutrición.
32. Townsend E, Pitchford NJ (2012) Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample. *BMJ open*; 2:e000298.
33. Velasco Manrique MV (2014) Alimentación complementaria guiada por el bebé: respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje. *Medicina naturista*; 8(2):64-72.